



TRABAJO FIN DE GRADO

EL ROL DE LA ENFERMERA EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

Revisión Narrativa

THE ROLE OF THE NURSE IN THE ACTIVE AND HEALTHY AGING

Narrative Review

Autora: Elena Mostacero Morcillo

Tutora: M^a Luisa Martínez Martín

Grado en Enfermería

Mayo de 2018

*Y ahora,
a envejecer bien como el jerez.
Ser también útil de viejo,
ser oloroso,
ser fino,
no ser vinagre,
ser vino.*

Gloria Fuertes, Tren de Tercera Edad

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CONTEXTUALIZACIÓN.....	3
La población mayor: tendencias demográficas en España.....	4
Consecuencias del envejecimiento poblacional.....	6
Aportación de las personas mayores a la sociedad actual.....	10
Envejecimiento activo y saludable.....	11
FUNDAMENTACIÓN.....	14
METODOLOGÍA.....	16
RESULTADOS.....	18
Áreas de responsabilidad enfermera en los programas de envejecimiento activo.....	18
Intervención de la enfermera como coordinadora de recursos sociosanitarios.....	32
CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES.....	35
AGRADECIMIENTOS.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	47
Anexo I: estrategias de búsqueda.....	47
Anexo II: proceso de selección de la información.....	53
Anexo III: Tabla 1: características de los artículos seleccionados para el análisis.....	54

RESUMEN

Introducción: En el último siglo, la esperanza de vida ha aumentado notablemente en los países occidentales, lo que exige una respuesta integral de salud pública por la creciente demanda de atención a problemas crónicos. Es necesario profundizar en relación a las políticas y estrategias relativas al envejecimiento activo y saludable y, en particular, en el rol que tienen que desempeñar los profesionales de enfermería en los diferentes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de las personas mayores.

Objetivo: Analizar la evidencia científica disponible sobre el rol de la enfermera en las políticas de envejecimiento activo y saludable.

Método: Revisión narrativa mediante la búsqueda bibliográfica en bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, LILACS, CUIDEN, CINAHL y Biblioteca Cochrane, y en buscadores generales: ScieLo España y Dialnet Plus.

Resultados: Se identificó un total de 772 artículos de los que fueron seleccionados 51 que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. El análisis de la información generó dos categorías: áreas de responsabilidad de la enfermera en los programas de envejecimiento activo e intervención de la enfermera como coordinadora de recursos sociosanitarios.

Conclusiones: Fomentar el envejecimiento activo y saludable exige adoptar una perspectiva del ciclo vital completo por parte de los profesionales del sistema sanitario, proponer intervenciones para la promoción de la salud y prevención de enfermedad, y favorecer el acceso equitativo tanto a la atención primaria como a cuidados de larga duración, donde el rol de la enfermera resulta determinante.

Palabras clave: Envejecimiento activo, Envejecimiento saludable, Enfermera, Recursos en Salud, Educación en Salud.

ABSTRACT

Introduction: In the last century, life expectancy has increased markedly in Western countries, which requires a comprehensive public health response to the growing demand for attention to chronic problems. It is necessary to deepen in relation to the policies and strategies related to active and healthy aging and, in particular, in the role that nursing professionals have to play in the different programs of health promotion and prevention of the disease of the elderly.

Objective: Analyze the available scientific evidence on the role of the nurse in the active and healthy aging policies.

Methodology: Narrative review through bibliographic search in Health Sciences databases: PubMed, LILACS, CUIDEN, CINAHL and Cochrane Library, and in general search engines: ScieLo Spain and Dialnet Plus.

Results: A total of 772 articles was identified. Finally, 51, that met the inclusion and exclusion criteria, were selected. The analysis of the information generated two categories: areas of responsibility of the nurse in the programs of active aging and intervention of the nurse as coordinator of social and health resources.

Conclusions: Promoting active and healthy aging requires adopting a perspective of the complete life cycle on the part of professionals of the health system, proposing interventions for the promotion of health and prevention of disease, and promoting equitable access to both primary care and long-term care, where the role of the nurse is decisive.

Keywords: Active aging / ageing, Healthy aging / Aging well, Nurse, Health resources, Health education.

INTRODUCCIÓN

CONTEXTUALIZACIÓN

En el último siglo, la esperanza de vida ha aumentado notablemente en los países occidentales debido a factores como la disminución de la mortalidad por los avances médicos y tecnológicos, hábitos nutricionales y estilos de vida más saludables, mejora en los niveles de vida y educación, y una mayor accesibilidad a los servicios sanitarios. Los años de vida adicionales y los cambios demográficos generados tienen profundas repercusiones que son, en gran medida, previsibles. Se sabe que se producirá una transición demográfica hacia poblaciones de mayor edad, por lo que parece oportuno hacer planes para aprovechar al máximo esta situación¹.

Con este aumento de la esperanza de vida crece la proporción de personas mayores en la población. Estas personas hacen aportes a la sociedad de múltiples formas, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, dependiendo del grado de salud durante la vejez, el alcance de los recursos humanos, sociales y de las oportunidades será más positivo o negativo; si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites, pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de las capacidades física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas^{1, 2}.

Pero la mala salud no tiene que ser la característica predominante y limitante de las poblaciones de edad avanzada. La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de enfermedades crónicas y es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos saludables^{1, 3}. Otros problemas de salud, en muchos casos, se tratan con eficacia si se los detecta a tiempo. E incluso, las personas mayores con deterioro de sus capacidades pueden satisfacer sus necesidades si cuentan con entornos favorables adecuados. Los cuidados a largo plazo y el apoyo familiar y social pueden asegurarles una vida digna, con oportunidades para el crecimiento personal sostenido¹.

Sin embargo, los hábitos poco saludables siguen siendo frecuentes entre los adultos mayores. Además, los sistemas de salud no están bien adaptados a las necesidades de las poblaciones de edad avanzada. En muchas partes del mundo es peligroso y poco

práctico que una persona mayor salga de su hogar; los cuidadores suelen no estar suficientemente capacitados, y al menos una de cada diez personas mayores es víctima de alguna forma de maltrato¹.

El envejecimiento de la población exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública¹. Se deben adoptar medidas intersectoriales que amplíen las opciones de viviendas disponibles, la adaptación de los edificios y medios de transporte, el fomento de la diversidad de edades en el trabajo y la puesta en marcha de programas de protección para evitar situaciones de pobreza³.

Es una realidad también, que el envejecimiento de la población atribuirá una gran carga sobre los sistemas de pensiones y seguridad social; requerirá un personal sanitario más numeroso y mejor capacitado, y aumentará tanto la demanda de atención de problemas crónicos y de atención primaria de salud, como la necesidad de asistencia a largo plazo⁴.

En definitiva, se necesita profundizar en relación a las políticas y estrategias relativas al envejecimiento activo y saludable y, en particular, en el rol que tienen que desempeñar los profesionales de enfermería en los diferentes ámbitos de atención a la salud de las personas mayores³.

La población mayor: tendencias demográficas en España.

El fenómeno de envejecimiento se está produciendo en todas las regiones principales del mundo, aunque está más avanzado en Europa y América del Norte. En 2050, la población mundial de 65 y más años se multiplicará por tres respecto a la actual, pasando de 570 a 1.489 millones de habitantes. De acuerdo con las proyecciones de población de Naciones Unidas (NNUU), en 2050, el 25,8% de la población de países desarrollados superará los 65 años y el 14,07% en los países en vías de desarrollo⁵.

A día de hoy, África es el continente con una menor proporción de personas de más de 65 años (3,5%) y una edad mediana más joven de 19,4 años. En el extremo opuesto se encuentra Europa con un 16,8% de personas de más de 65 años y una edad mediana de 40,5 años. En el contexto europeo, Grecia, Italia, España, Portugal y Alemania presentan los porcentajes de envejecimiento más destacados con valores entre un 16-20% de su población, aunque hay que diferenciar los países con envejecimiento, pero

con aumento total de la población, como Francia y Portugal, de los países con declive demográfico como Alemania, Italia, Hungría y España. España, en concreto, pierde población, ya que ni los nacimientos ni la inmigración compensan las defunciones⁵.

Por ello, se considera a España como uno de los países con una mayor proporción de población mayor a nivel internacional. Según NNUU, la comparación mundial del proceso de envejecimiento posiciona a España entre los países más envejecidos del planeta⁵. Por otra parte, según los datos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2016, un 18,4% sobre el total de la población son personas de 65 y más años, y se prevé que en 2066 habrá más de 14 millones de personas mayores, un 34,6% del total de la población, siendo las décadas de los 30 y 40 las que registrarán los mayores incrementos, con la llegada a la vejez de las cohortes del baby-boom⁶.

La esperanza de vida de la población española a los 65 años se encuentra, tanto en hombres como en mujeres, entre las más altas de la Unión Europea y del mundo⁶. Entre 1994 y 2016, la esperanza de vida al nacimiento de los hombres ha pasado de 74,4 a 80,4 años y la de las mujeres de 81,6 a 85,9 años, acortándose la diferencia entre sexos por una mayor reducción de la mortalidad masculina, que aun así sigue siendo más alta que la femenina⁷.

Uno de los factores que han contribuido a este fenómeno de envejecimiento en España ha sido la fuerte caída de la fecundidad en las últimas décadas del siglo XX, concretamente desde el final de los años del baby-boom (1957-1977), cuando nacieron en España casi 14 millones de niños. La numerosa generación del baby-boom representa, en la actualidad, un tercio del total de la población española².

A día de hoy, todos los países europeos se encuentran por debajo del nivel de reemplazo establecido en 2,1 hijos por mujer. En España, la fecundidad se ha reducido de forma drástica pasando de 2,8 hijos por mujer en 1975 a 1,27 en 2013. Es evidente que la crisis económica ha incidido en retrasar la llegada del primer hijo y siguientes, por lo que España también encabeza el *ranking* de países con una edad media a la maternidad más tardía. Sin embargo, cabe señalar que desde principios del siglo XXI con la lenta pero continua mejora económica, el número de nacidos y su tasa bruta de natalidad aumentan².

Otro factor condicionante del envejecimiento poblacional en España es la migración. Los fuertes movimientos migratorios de los últimos años en edades laborales han permitido ralentizar el proceso de envejecimiento, pero la tendencia al retorno de los inmigrantes puede acelerarlo en la tercera década del siglo. La crisis económica de carácter mundial, que se viene sufriendo desde 2007, ha provocado que muchos de los inmigrantes llegados a España en época de bonanza económica ahora estén retornando a sus países de origen o a otro país; a estos se suman los emigrantes españoles que buscan empleo en el extranjero, sobre todo jóvenes con estudios de diferente nivel que no encuentran ningún tipo de trabajo aquí².

La principal consecuencia de estos cambios demográficos es la reestructuración de las edades hacia un proceso de envejecimiento donde hay más personas de 65 y más años que niños de 0-14 años, provocando una inversión demográfica. El incremento de la esperanza de vida ha supuesto un aumento del número de supervivientes de cada cohorte a lo largo de todas las edades del curso de la vida más allá de los 65 años. Sin embargo, lo que inicialmente ha provocado un rejuvenecimiento de la estructura poblacional, posteriormente ha aumentado la proporción de personas mayores, dando lugar a un sobreenvjecimiento de las cohortes de mayor edad². A día de hoy, sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios, que ahora representan el 6,0% de toda la población. Este grupo seguirá ganando peso entre la población mayor en un proceso de envejecimiento de los ya viejos⁶.

Consecuencias del envejecimiento poblacional.

El proceso de envejecimiento de las poblaciones trasciende lo puramente demográfico, teniendo, indudablemente, otras connotaciones. No sólo es un elemento que actúa sobre la estructura de la población, sino que debe ser considerado como un factor que influye primordialmente en las demandas económicas, sociales y de salud a las que deben hacer frente las políticas gubernamentales de un país.

Cambios en el patrón de salud-enfermedad.

La mayor expectativa de vida de la población está dando lugar a un incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, así como a un aumento de los problemas de invalidez o incapacidad que impiden o limitan a los individuos en la realización de

las actividades de la vida diaria y en sus posibilidades de autocuidado e integración social.

Las enfermedades crónicas y degenerativas van a predominar, previéndose más personas con dependencia severa, a pesar de las continuas mejoras en la industria farmacéutica, la rehabilitación y los cuidados sanitarios. Estas enfermedades representan uno de los principales retos a los que tienen que hacer frente los sistemas de salud, ya que actualmente comprenden el 5% de todos los casos de enfermedad, causan alrededor del 60% de los costes sanitarios y se estima que afectan al 20% de la población total. A su vez, a partir de los 75 años un porcentaje superior al 50% padece cuatro o más enfermedades crónicas y muchos de estos pacientes están polimedicados².

Los problemas de salud crónicos que fundamentalmente generan dependencia son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los problemas neurodegenerativos (binomio ictus-demencia), la artrosis y las deficiencias sensoriales de vista y oído. Y las consecuencias más relevantes de la enfermedad crónica son aquellas que van a dar lugar a discapacidad, ya que en ésta radica el origen de la dependencia. El verdadero objetivo es mantener, pese a la elevada morbilidad, la autonomía y la independencia a medida que se envejece².

La esperanza de vida saludable pretende añadir calidad a la cantidad de vida y está basada en dos dimensiones: morbilidad crónica y salud autopercibida. Entre las personas de 65 y más años, las mujeres destacan por tener una esperanza de vida mayor que los hombres, pero su esperanza de vida saludable es menor (9,0 y 9,7 años respectivamente) por un aumento de la morbilidad y una mayor supervivencia⁶.

Los continuos avances sanitarios hacen poco predecible una edad límite de la vida. La emergencia de una cuarta edad, etapa de declive, planteará el dilema sobre la calidad de vida por los aspectos negativos de esta etapa final: fragilidad, limitaciones funcionales y cognitivas, pérdida de identidad, de sentido de control y de autonomía personal².

Transformaciones en la estructura familiar.

El incremento progresivo del número de personas mayores tiene una incidencia directa en la problemática familiar y social, por lo que la demanda de recursos sociales a

la comunidad irá también en aumento. Actualmente, las familias están compuestas por más generaciones viviendo a la vez y son menos extensas con tamaños similares². Está aconteciendo una tendencia a la verticalización de la estructura familiar que plantea nuevos retos y oportunidades, pues las familias tendrán que cuidar a los mayores pero, hasta ese momento, los mayores constituyen una importante ayuda para su funcionamiento práctico y afectivo⁸. No obstante, España destaca por ser el país donde los hijos viven más cerca de sus padres mayores. Este mayor apoyo de la familia se debe a costumbres, sentimientos asumidos de responsabilidad filial y falta de otras alternativas para mantener la independencia residencial (escasos ingresos que no permiten ayuda formal ni institucionalización)².

La mayor mortalidad masculina deja a las mujeres con tasas de viudez considerables y mayor probabilidad de vivir solas cuando comienzan los problemas de dependencia y de necesidad de ayuda. Las personas que viven solas tienen una mayor probabilidad de experimentar aislamiento social y privación económica. El estado civil, por tanto, se considera un indicador óptimo del apoyo que pueden recibir las personas, ya que la soltería, viudedad, separación y divorcio reducen los vínculos familiares con los que las personas pueden contar en la vejez².

Cuanto más crezca la población de personas mayores dependientes, más lo hará la población de cuidadores. El cuidado debe ser visto como una respuesta a los cambios demográficos históricos y a los problemas planteados por el gran número de personas mayores que llegan a edades avanzadas. En España, la tarea del cuidado recae en la familia (71,4%), aunque está aumentando la presencia de la ayuda formal a través de centros de día, ayuda a domicilio, teleasistencia y mayor oferta de institucionalización. Las mujeres dedican más tiempo que los hombres al cuidado de sus padres ya mayores, combinando otras situaciones como hijos en el hogar aún sin emancipar, desarrollo profesional en el mercado laboral y tareas domésticas a menudo no compartidas. No obstante, el trabajo de cuidadora interna configura muchos de los hogares casi solitarios, evitando así la institucionalización. Las familias buscan muchas veces una relación personal y fácil antes que un profesional de los cuidados².

Con todo esto, si se quiere mantener el elevado grado de solidaridad familiar que actualmente existe en España, y en menor medida en otros países, el abordaje de las

situaciones de dependencia debe compartir la esfera estrictamente individual y la responsabilidad social y colectiva, para dar respuesta a las nuevas demandas. Un desafío para el futuro será la permanencia residencial en el entorno habitual y la provisión de servicios centrados en las necesidades de las personas y sus preferencias².

Nuevas demandas socioeconómicas.

Los poderes públicos deben contribuir al sostenimiento y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, configurando su derecho a la suficiencia económica a través, principalmente, de un sistema de pensiones, complementado con el derecho a percibir prestaciones de servicios sociales para atender sus necesidades esenciales⁹.

Actualmente en España hay un total de 9,4 millones de pensiones en el sistema de la Seguridad Social. Las pensiones de jubilación (5,7 millones) son las más frecuentes y su importe medio ha superado el umbral de los mil euros en 2016. Además, hay 2,4 millones de pensiones de viudedad. La mayor parte de las pensiones del sistema de Seguridad Social corresponde al régimen general (6,7 millones) y prácticamente la totalidad de las personas mayores recibe alguna prestación económica del sistema público de pensiones (directamente o a través de la pensión del cónyuge). Además, en España la cifra de años esperados de jubilación para los hombres es bastante alta (20,4 años), por encima de buena parte de la Unión Europea, debido en gran medida a una mayor esperanza de vida y a una edad de jubilación real por debajo de los 65 años⁶.

Por otra parte, el gasto fundamental de un hogar donde residen personas mayores es el mantenimiento de la propia vivienda (40% de los gastos), y suele ser más alto que en el resto de grupos de edad. La alimentación ocupa el segundo lugar en importancia, si bien la distribución del gasto en los hogares de mayores mantiene un patrón casi constante a lo largo del tiempo⁶.

La posición económica de los ancianos ha mejorado relativamente en los últimos años. En 2015, su tasa de riesgo de pobreza se situaba en 12,3%, inferior a la del resto de los españoles. Esta mejora puede ser debida a que los demás grupos etarios han empeorado y el umbral de la pobreza baja; si los mayores mantienen sus ingresos, muchos quedan por encima del nuevo umbral. Esto hace pensar que las personas mayores tienen unos

ingresos que se encuentran muy cerca del umbral de pobreza, situándose por encima o por debajo según aumente o disminuya el mismo⁶.

Aportación de las personas mayores a la sociedad actual.

La imagen que la sociedad tiene de las personas mayores, de la vejez como fenómeno social y del envejecimiento como situación y proceso demográficos, está asociada de forma casi automática a estereotipos negativos¹⁰. Los estereotipos son imágenes simplificadas sobre un determinado grupo social, vinculadas y consideradas la base del prejuicio y la discriminación hacia ese grupo. En un estudio realizado sobre imágenes y valoración social de la vejez, la mayoría de la población española consideraba que las personas a partir de los 65 años sufren un fuerte deterioro de la salud, tienen incapacidades que las hacen depender de los demás, un declive de la memoria, son rígidas e inflexibles y menos activas e irritables. Para más de la mitad de la población, estas personas son seniles y peores en el trabajo².

Sin embargo, la imagen de las personas mayores produce sentimientos encontrados con dos caras: una imagen de dependencia, enfermedad e incompetencia sobre otra de sabiduría, buen consejo y experiencia. Mientras una visión negativa lleva a la exclusión social y la discriminación, una visión positiva favorece el desarrollo de programas de atención y protección. Por ello, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que se acordó en la II Asamblea Mundial de NNUU sobre el Envejecimiento en el año 2002, establecía la lucha contra los estereotipos e imágenes negativas sobre la vejez y el envejecimiento, para promocionar ambientes propicios durante la vejez. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta la importancia de estimular imágenes no discriminatorias por razón de edad entre los profesionales de la salud y cuidadores formales e informales de las personas mayores, considerando que estas imágenes tienen un valor causal patogénico que puede atentar en contra de la calidad de vida de las personas mayores y de cómo se valore su contribución en la sociedad².

Los adultos mayores se encargan del mantenimiento y cuidado del hogar, de quehaceres domésticos como cocinar, lavar ropa y cuidar de los jardines. Realizan los trámites y compras de alimentos, así como el cuidado de nietos, bisnietos o familiares. Transfieren

saberes, oficios y conocimientos a generaciones más jóvenes. También es destacable su trabajo como voluntarios y en organizaciones comunitarias y caritativas^{10, 11}.

Se ha de reconocer el potencial productivo de las personas mayores como un rasgo que ha sido invisibilizado en nuestra sociedad y, que al mismo tiempo, ha reforzado los estereotipos y reduccionismos que enfrentan las necesidades asistenciales de los adultos mayores sobre sus aportes cotidianos a las personas que los rodean y a la comunidad en la que viven¹⁰.

Aspectos como el aumento de la longevidad, las mejores condiciones físicas y mentales de las personas mayores para continuar trabajando, el retiro obligatorio del mercado laboral a una edad temprana, la crisis económica sufrida en las últimas décadas y las instituciones que brindan servicios a los adultos mayores han dado cuenta de un grupo importante de la población que habiendo alcanzado los 65 años, umbral de edad que establece arbitrariamente el cese de la vida laboral y el inicio de la vejez, continúa o desea continuar realizando una variedad de actividades productivas y contribuyendo significativamente al desarrollo y bienestar de la familia y la sociedad¹⁰.

Se hace imprescindible aclarar cómo la edad de jubilación de 65 años usada actualmente no tiene en cuenta los progresos en las condiciones de salud y en la esperanza de vida que se están produciendo. Si en vez de utilizar un umbral fijo de la vejez, se establece un umbral móvil que contemple la esperanza de vida y no la edad desde el nacimiento, se pueden corregir en parte los inconvenientes citados. Según este criterio, la vejez empezaría cuando las personas tuvieran una edad en la que su esperanza de vida, o vida restante fuese de 15 años; es lo que se conoce como edad prospectiva, que permitiría obtener una nueva medida del envejecimiento más acorde con la situación actual de este grupo poblacional. Por tanto, el umbral de inicio de la vejez sería móvil en el tiempo porque la esperanza de vida a las diferentes edades va cambiando. Si se utiliza el criterio de umbral móvil se puede obtener otra medida del envejecimiento: la proporción de personas con esperanza de vida de 15 o menos años respecto del total de la población⁶.

Envejecimiento activo y saludable.

El envejecimiento de la población mundial es una cuestión que preocupa a todos, a todas las generaciones de todos los países tanto en desarrollo como desarrollados. Esta

transformación de la población tendrá consecuencias profundas sobre todos los aspectos de la vida, para las personas y para las sociedades¹².

Para empezar a abordar estos asuntos, la Asamblea General de NNUU convocó la I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, que generó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Este plan instaba a la acción específica en asuntos como la salud y nutrición, la protección de los consumidores de edad, la vivienda y medio ambiente, la familia, el bienestar social, la seguridad de ingreso y el empleo, la educación y recopilación y análisis de datos derivados de investigaciones¹².

Si bien muchas de estas acciones no se emprendieron en su totalidad, y lo hicieron de forma desigual en los distintos países, el hecho de que se planteara por primera vez la necesidad de adecuar las políticas estatales a las necesidades del envejecimiento progresivo de la población supuso un hito en el abordaje de este fenómeno. Posteriormente, a finales de los años 90 del pasado siglo, la OMS adoptó el término «Envejecimiento activo» para considerarlo como *el proceso de optimización de oportunidades en salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*, lo que les permite desarrollar plenamente su potencial físico, social y mental a lo largo del curso vital y participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y posibilidades, a la vez que se les proporciona la protección adecuada, seguridad y cuidados en el momento que requieran asistencia².

La acción en materia de envejecimiento continuó en 2002, con la celebración en Madrid de la anteriormente citada II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en la que con el objetivo de diseñar una política internacional sobre el envejecimiento para el siglo XXI, se adoptó una Declaración Política y se diseñó el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en el que se instaba a todos los países a realizar cambios en las actitudes, las políticas y las prácticas a todos los niveles para favorecer el enorme potencial del envejecimiento en el siglo XXI. Sus recomendaciones concretas para la acción dan prioridad a las personas de edad y al desarrollo, promoviendo la salud y el bienestar para la vejez y velando por entornos propicios y de apoyo¹². En esta II Asamblea se estipuló el lema “una sociedad para todas las edades”¹³.

Posteriormente, el año 2012 fue declarado por la Unión Europea Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional, que hizo reflexionar sobre el

hecho de que en Europa cada vez se viva más y con más salud, pero también concienciar sobre los problemas de salud que presenta la población y su mejor abordaje¹⁴.

En el año 2015, el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de la OMS también respondió a estos desafíos, considerando la necesidad de transformar los sistemas de salud para pasar de los modelos curativos centrados en las enfermedades a una atención basada en el concepto de «Envejecimiento saludable», entendido como *el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez, por medio del fomento y mantenimiento de la capacidad intrínseca (capacidades físicas y mentales), o permitir que alguien con una disminución de la capacidad funcional logre hacer las cosas que crea importantes*¹⁵.

Para desarrollar este concepto de Envejecimiento Activo y Saludable, donde se debe incluir tanto a personas sanas y activas como a personas dependientes y enfermas, se necesita una actuación multidisciplinar e interdisciplinar. La Enfermería, como disciplina responsable del cuidado de la salud de las personas, debe tener sin duda un papel clave en el desarrollo de las estrategias encaminadas a fomentar este Envejecimiento activo y saludable. Sin embargo, si bien el cuidado a las personas mayores debe ir dirigido a maximizar su autonomía, independencia y calidad de vida, la literatura consultada no aporta una imagen clara del rol que deben ejercer las enfermeras, ni cuáles son los desafíos que tiene la profesión ante un mundo que envejece.

FUNDAMENTACIÓN

Las personas mayores tienen derecho al más alto nivel de salud posible. Sin embargo, a menudo sufren estigma y discriminación, así como la violación de sus derechos a nivel individual, comunitario e institucional, simplemente debido a su edad. Un enfoque basado en los derechos para promover el Envejecimiento activo y saludable puede ayudar a superar los obstáculos legales, sociales y estructurales para la buena salud de las personas mayores y aclarar las obligaciones jurídicas de los actores estatales y no estatales de respetar, proteger y garantizar estos derechos. Las políticas y los programas deben empoderar a las personas mayores para que contribuyan a la sociedad y sigan siendo miembros activos de sus comunidades durante el mayor tiempo posible, en función de su capacidad¹.

Se debe incluir a la población mayor en los procesos de desarrollo para fomentar una sociedad más equitativa. Excluir a las personas mayores de estos procesos, además de socavar su bienestar y sus contribuciones, puede repercutir gravemente en la calidad de vida y en la productividad de otras generaciones. Para tener un desarrollo sostenible, hay que ocuparse del número inaceptable de personas mayores que viven en la pobreza, carecen de la adecuada seguridad de los ingresos, sufren amenazas a la seguridad personal y tienen acceso limitado a la atención sanitaria y la asistencia social¹.

Por otra parte, el previsible contexto demográfico de las próximas décadas supondrá una importante presión sobre los sistemas de protección social y sanitaria. El sobreenvejecimiento traslada a mayores contingentes de población hacia las edades altas de la pirámide y se acentúan las diferencias y desigualdades de estas personas en sus estilos de vida, formas de convivencia, necesidades y demandas de cuidados. En este contexto se plantean varios desafíos donde el papel de la enfermería es vital². Sin embargo, las estrategias de salud pública que se han adoptado hasta ahora frente al envejecimiento de la población han sido claramente ineficaces; la salud de las personas mayores no acompaña el ritmo con el que aumenta la longevidad; las marcadas inequidades en salud son evidentes en las personas mayores; los sistemas de salud actuales no están adaptados a la atención que necesita la población de edad avanzada, incluso en los países de ingresos altos; los modelos de cuidados a largo plazo son a la

vez inadecuados e insostenibles; y los entornos físicos y sociales presentan múltiples obstáculos y carecen de incentivos para la salud y la participación¹.

Con todo lo descrito, se ve necesario un nuevo marco de acción global que tenga en cuenta la gran diversidad de la población de edad avanzada y encare las desigualdades de fondo. Es necesario prepararse como personas, sociedad, profesión y país para afrontar esta situación, impulsando la creación de nuevos sistemas de asistencia sanitaria y cuidados a largo plazo más acordes con las necesidades de las personas mayores, y velar porque todos los sectores se centren en objetivos comunes para que las iniciativas sean coordinadas y equilibradas¹.

El afrontamiento de un envejecimiento exitoso, la emergencia de la fragilidad y dependencia, la entrada en discapacidad y la puesta en valor de una actividad antes limitada: el cuidado², justifican analizar la evidencia científica disponible sobre el rol de la enfermera en las políticas de envejecimiento activo y saludable. Por tanto, se plantean así como objetivos de este trabajo:

1. Definir las áreas de responsabilidad enfermera en los programas de envejecimiento activo.
2. Describir la intervención de la enfermera como coordinadora de recursos sociosanitarios.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión narrativa a partir de búsquedas bibliográficas en distintas bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud, como PubMed, LILACS, CUIDEN, CINAHL y Biblioteca Cochrane, así como en buscadores generales como ScieLo España y Dialnet Plus.

Para las búsquedas acometidas en las bases de datos se ha usado el lenguaje controlado de los tesauros *Medical Subject Headlines* (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) (Cuadro 1). Además, con el objetivo de perfeccionar la búsqueda, se utilizaron operadores booleanos y diferentes filtros: textos con resumen, idiomas español e inglés, fecha de publicación en los últimos 5 años y edad mayor de 65 años.

Cuadro 1: Lenguaje controlado	
MeSH	DeCS
Aging Aged	Envejecimiento
Active aging / ageing	Envejecimiento activo
Healthy Aging Aging well	Envejecimiento saludable
Nursing	Enfermería
Nursing Care	Atención de Enfermería
	Cuidado/s de enfermería
Nursing role	Papel de enfermería
Health Resources	Recursos en Salud
Primary Prevention	Prevención Primaria
Health Promotion	Promoción de la Salud
Health Education	Educación en Salud

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, en los buscadores generales ScieLo España y Dialnet Plus se han empleado construcciones semánticas con los términos mencionados anteriormente en el Cuadro 1 y se establecieron como filtros la materia en Ciencias de la Salud y la fecha de publicación de 2014 a 2018.

Para el cribado de los diferentes documentos encontrados se contemplaron como criterios de inclusión que los títulos de los artículos hicieran mención a los descriptores “Envejecimiento activo” y/o “Envejecimiento saludable”, así como que los resúmenes tuvieran relación con la enfermería, y que los documentos, tras su lectura completa, se correlacionaran con alguno de los objetivos de este trabajo. Como criterios de exclusión se plantearon aquellos artículos enfocados en personas menores de 65 años y aquellos dirigidos a profesionales sanitarios que no fueran enfermeras.

En el Anexo I se presentan las estrategias de búsqueda utilizadas en cada una de las bases de datos, así como las construcciones semánticas empleadas, incluyendo el número de artículos seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión mencionados.

En el Anexo II se muestra el diagrama de flujo que ilustra el proceso de selección de la información.

RESULTADOS

Tras completar la búsqueda, se identificó un total de 772 artículos de los que fueron seleccionados 51 que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

Los documentos escogidos tienen diversa procedencia geográfica, lo que ha permitido reflejar la diferente visión del tema a tratar en varios países. Más de la mitad de los artículos (58,82%) son europeos, siendo la mayor parte de España y Reino Unido. Más de un 17% proceden de Estados Unidos y más de un 21% pertenecen a países de América del Sur (sobre todo de Brasil). También se han recogido artículos de países asiáticos como Corea del Sur y Australia.

Respecto a la tipología del diseño, mayoritariamente son revisiones narrativas (49%), seguidos de programas de educación para la salud, si bien, también se cuenta con estudios de investigación, tanto de enfoque cuantitativo como cualitativo. En cuanto a la temática, más de un 80% de los artículos van dirigidos a la promoción de la salud, mientras que cerca de un 6% tratan sobre prevención de la enfermedad y casi un 14% están relacionados con los recursos sociosanitarios. En la Tabla 1 se presentan las características de los estudios incluidos en la revisión (Anexo III).

La revisión de los documentos generó dos categorías de análisis en relación con el rol de la enfermera en las políticas de envejecimiento activo y saludable: áreas de responsabilidad enfermera en los programas de envejecimiento activo y la intervención de la enfermera como coordinadora de recursos sociosanitarios.

Áreas de responsabilidad enfermera en los programas de envejecimiento activo.

El envejecimiento es un hecho universal que afecta a todas las sociedades y los mayores quieren seguir manteniéndose activos y autónomos. Para conseguir estos objetivos se ha de seguir un modelo de envejecimiento activo para el que será necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo, centrándose en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y acceso equitativo tanto en atención primaria como a cuidados de larga duración¹⁶⁻¹⁸. De esta forma se podrá aumentar la esperanza de vida sin discapacidad que, además de disminuir el gasto sanitario y social, producirá un incremento del bienestar y de la calidad de vida de la población¹⁸.

En este ámbito, la enfermería juega un papel clave, pues actúa en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, con su principal estrategia del autocuidado que permite el desarrollo de aptitudes, habilidades y conocimientos dirigidos a mantener la independencia funcional de las personas mayores, procurándoles bienestar. Además, la enfermera debe intervenir bajo la filosofía del cuidado humanizado, teniendo en cuenta todas las esferas que conforman al ser humano, tanto en el desarrollo de los cuidados como en otros ámbitos en los que desempeña su labor como son la gestión, investigación y educación^{19, 20}.

La literatura analizada plantea mayoritariamente que los programas de envejecimiento activo tienen que ir encauzados tanto a promover conductas orientadas a la salud como a prevenir y/o reeducar hábitos de vida no saludables, donde la enfermera debe jugar un papel clave. Estos programas hacen énfasis en aspectos como la actividad física, la alimentación, la salud mental, las relaciones sociales y de ocio, además del control de la medicación y la vacunación.

Actividad física.

Según la OMS, la actividad física para los mayores de 65 años consiste en “la práctica de ejercicio durante el tiempo libre, actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias”²¹.

Diversos autores coinciden en afirmar cómo las personas activas gozan de mejor salud y viven más que las que siguen un estilo de vida sedentario^{18, 20-23}. Según datos de la OMS, un 60-85% de la población mundial tiene hábitos sedentarios, siendo así la inactividad física el cuarto factor de riesgo de mortalidad a nivel mundial^{22, 24, 25}.

Practicar actividad física con regularidad en la edad adulta favorece el mantenimiento de la agilidad, fortaleciendo los músculos, la resistencia, la coordinación, el equilibrio, la flexibilidad, previniendo así la sarcopenia, la osteoporosis, las caídas y la fragilidad. Además, produce mejoría en ciertas enfermedades crónicas y una disminución en el riesgo de padecerlas. En cuanto a sus efectos sobre la función cognitiva y la salud mental, reduce la ansiedad, el estrés, la depresión y mejora el sueño y la percepción de confort y autoestima. Asimismo, contribuye al bienestar social, ya que fomenta la sociabilidad, así como la autonomía. Todos estos beneficios contribuirán a alcanzar una

mayor independencia funcional^{18, 20-22, 24-26}, concibiendo esta como la capacidad para ir a comprar, visitar amigos, usar el transporte público, junto con las funciones intelectuales y de socialización¹⁸.

La recomendación mundial sobre actividad física en personas mayores de 65 años con enfermedades crónicas consiste en 30 minutos de actividad física moderada, cinco veces a la semana^{22, 27} o 75 minutos semanales de actividad física intensa²⁷. Se recomienda hacer ejercicio constante y regular, pero no excesivo: ejercicio aeróbico, anaeróbico, de equilibrio y de flexibilidad^{20, 25, 26}. Los efectos son mejores cuando el ejercicio está prescrito y su intensidad es moderada-alta²⁵.

El entrenamiento aeróbico ha demostrado tener buenos resultados a nivel cardiorrespiratorio, en caso de hipertensión y sobre el control glucémico, así como una mejora en la agilidad, la función cognitiva y la calidad de vida. Sin embargo, para aquellas personas sin hipertensión o sin sobrepeso, los resultados de los ejercicios aeróbicos son menos llamativos. Además, la actividad aeróbica no es efectiva a la hora de controlar los componentes del síndrome metabólico (hipertensión, obesidad, hipercolesterolemia, diabetes tipo 2) cuando están combinados, debido a la activación de una serie de mediadores inflamatorios y hormonales que inhiben los beneficios potenciales de los programas de actividad aeróbica a corto plazo. Atendiendo a la función cognitiva, se observan mejoras en la ansiedad, el estrés y la depresión, a consecuencia de la síntesis de hormonas neuronales como la dopamina, la serotonina, la oxitocina..., además de todos los beneficios a nivel físico y social. Al mismo tiempo, este tipo de entrenamiento induce la expresión del factor neurotrófico, relacionado con el factor de crecimiento nervioso que induce la plasticidad sináptica, directamente asociada con la memoria a largo plazo²⁴.

Sin embargo, se ha de tener en cuenta que el ejercicio aeróbico resulta beneficioso una vez se haya entrenado la resistencia y mejorado la fuerza y la masa muscular. Este entrenamiento de resistencia permite prepararse para actividades de fondo como andar. Es destacable cómo un entrenamiento de equilibrio aislado no mejora ni la fuerza ni la capacidad aeróbica, ni un entrenamiento aeróbico aislado genera beneficio en el equilibrio o la fuerza²⁵. En el caso de las personas frágiles, se recomienda un entrenamiento de resistencia en posición sentada, bajo supervisión. Una vez se consigue

poner de pie, habría que combinar ejercicios de resistencia con ejercicios de equilibrio para evitar caídas. Y, por último, se comenzaría un entrenamiento aeróbico^{25, 28}.

En cuanto al entrenamiento de la fuerza, este es el más apropiado para el trabajo y la prevención de la sarcopenia^{26, 29, 30}. Consiste en el uso de la fuerza para alcanzar la contracción muscular, incrementando así la resistencia anaeróbica, la fuerza y masa musculares^{26, 29}, y mejorando la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, lo que se traduce en una mejor ejecución de las actividades de la vida diaria²⁶. Este tipo de entrenamiento tiene escasos efectos secundarios y sólo habría que limitarlo a aquellas personas con insuficiencia cardíaca congestiva²⁹.

Distintos autores recogen experiencias llevadas a cabo con el objetivo de fomentar la actividad física. Una de ellas serían los parques geriátricos, también llamados circuitos biosaludables, que son espacios verdes con distintos aparatos que permiten ejercitar diferentes grupos musculares, mejorando la fuerza muscular, la coordinación, el rango de movimiento y la función cardiorrespiratoria, además de fomentar las relaciones sociales y el ocio. A través del ensayo de Lopera, se comprobó cómo los mayores durante 4 semanas de entrenamiento en estos parques aumentaron su gasto calórico total y mejoraron la habilidad de levantarse, sentarse y el rango de movimiento del hombro, pero sin observarse cambios significativos en la salud y calidad de vida²¹. Del mismo modo, el estudio cuasi-experimental de Dios Aguado et al., ha demostrado cómo la actividad física de paseos terapéuticos, iniciada en 2011 por un centro de salud de Toledo junto con la organización de voluntariado de la Cruz Roja, dio buenos resultados tanto a nivel físico como social, reduciendo el aislamiento y la soledad de la persona así como aumentando su interacción social²².

Otros ejemplos de actividad física son la gimnasia adaptada, las rutas saludables como “Un millón de pasos”, los bailes de salón y el yoga, todos ellos talleres de ejercicio físico propuestos por el ayuntamiento de Vélez-Málaga y algunas ONGs¹⁷.

Por otra parte, las caídas constituyen uno de los grandes síndromes geriátricos y un complejo problema de salud. Su incidencia en España en personas no institucionalizadas es del 30-35%; un 30-50% de sus consecuencias físicas son complicaciones menores y un 5-6%, son graves. Respecto a las consecuencias psicológicas, destaca el síndrome poscaída o miedo a caerse, cuya prevalencia oscila

entre el 20-85%³¹. De este modo, la caída actúa primero limitando la movilidad y provocando la pérdida de las capacidades para realizar las actividades de la vida diaria y, posteriormente, genera ansiedad y miedo a sufrir una nueva caída, con la consecuente pérdida de calidad de vida y de las relaciones sociales³¹⁻³³.

Frente a este problema de salud, el estudio cuasi-experimental de Meléndez et al., propuso una intervención combinada de práctica de ejercicio y educación para la salud en población anciana con sucesos de caídas anteriores que generó un efecto positivo y significativo en la percepción de la salud, equilibrio y miedo a las caídas. Los ejercicios tenían una duración de veinte minutos diarios durante un mes, y se proponían cuatro series de cinco repeticiones. Con la intervención de educación para la salud se trataron aspectos de prevención, protección y seguridad para evitar las caídas por repetición, facilitando información acerca de las caídas y las lesiones relacionadas, y sobre cómo actuar ante estas. Además, se ofreció consejo sobre cómo levantarse tras una caída, cómo entrar y salir de la cama, cómo vestirse-desvestirse, etc.³¹.

Asimismo, el estudio cualitativo de Lukaszzyk et al., puso de manifiesto, a través del método “Yarning Circles”, historias y experiencias de caídas previas de personas que expresaron su inconformismo con los servicios de rehabilitación a los que acudían tras sufrir una caída, considerándolos rígidos, caros y de difícil acceso. También dieron a conocer su frustración tras la caída y la limitación que hacían de sus actividades para prevenir otros posibles accidentes, disminuyendo su autonomía, su actividad en la comunidad y aumentando el riesgo de soledad y depresión. Además, algunas personas se sentían culpables al tener que pedir ayuda a sus familias. Los participantes contaban con conocimiento suficiente sobre cómo evitar caídas y mostraban interés en entender los cambios físicos que se producen con la edad y que incrementan el riesgo de sufrir estos daños. Finalmente, expresaron sus deseos de poder participar en programas grupales que fueran flexibles, accesibles y a largo plazo, características a tener en cuenta para próximas intervenciones de prevención³³.

El riesgo de caídas también puede verse aumentado por la pérdida de visión relacionada con la edad. Por tanto, se debe animar a la población mayor a realizarse chequeos anuales o si sintieran cambios en su vista. Se pueden ofrecer indicaciones tales como resaltar los bordes de los escalones con colores llamativos, conseguir una buena

iluminación manteniendo las ventanas limpias y las cortinas abiertas durante el día, despejar los espacios de muebles, entre otras³⁴.

Finalmente, es destacable la demostración del ensayo controlado aleatorizado de Wolff et al., sobre cómo los estereotipos del envejecimiento repercuten en el comportamiento que se adopte frente a seguir estilos de vida saludables; una persona sin estereotipos negativos sobre la vejez, adoptará más fácilmente estrategias que promuevan la salud. Por ello, se pretende estudiar la posibilidad de modificar estos estereotipos para poder cambiar el comportamiento hacia uno saludable. Este ensayo planteó una intervención de actividad física con componentes que modificaran el comportamiento como, por ejemplo, información sobre los aspectos positivos de la vejez y sobre la relación entre vejez, salud, esperanza de vida y estilo de vida saludable; todo ello permitió a los participantes identificar sus pensamientos negativos y reemplazarlos por otros neutrales o positivos. En el diseño de próximas intervenciones se deben considerar las percepciones que los participantes tengan sobre sí mismos²⁷.

Alimentación.

Otro de los aspectos que habitualmente conforman los programas de promoción de un envejecimiento activo y saludable es la educación en alimentación. La población mayor es uno de los grupos más vulnerables de sufrir problemas nutricionales, por ello la nutrición se considera el ámbito más importante donde se puede actuar para promocionar la salud^{18, 20, 35, 36}, pues una alimentación óptima es clave para conseguir un estilo de vida saludable^{23, 30} y prevenir una gran parte de las enfermedades crónicas asociadas a la edad²⁰.

El estado nutricional del grupo etario de mayores se ve condicionado por el nivel nutricional mantenido a lo largo de la vida, el proceso fisiológico de envejecimiento, las alteraciones metabólicas y alimentarias, la morbilidad crónica y/o aguda, el consumo de fármacos, el deterioro de la capacidad funcional y la situación psicológica y social^{18, 20, 35, 36}.

Las personas mayores no institucionalizadas y autónomas suelen presentar riesgo de malnutrición, que puede valorarse por los indicadores de calidad global de la dieta como el grado de adherencia al patrón alimentario de Dieta Mediterránea (ADM) y el índice de alimentación saludable (IAS). El estudio longitudinal de Hernández et al., determinó

la calidad de la dieta de una población de mayores de 80 años en España, obteniendo valores cercanos a una dieta saludable, aunque los mayores de 90 años requirieron una mayor intervención dietética. La mayoría cumplía con la dieta mediterránea, lo que se asocia a una reducción del riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, cáncer y enfermedades neurodegenerativas; aunque el consumo de verduras, hortalizas, frutos secos y vino fue bajo, mientras que el consumo de embutido fue elevado³⁵. Del mismo modo, el estudio de Gille et al., observó cómo la mayoría de sus participantes (96%) consideraba la alimentación saludable como algo importante. Un 92% creía seguir una dieta mayormente saludable, un 6% la definía como ni saludable ni insalubre, y un 2% admitía seguir una dieta poco saludable³⁷. Programas preventivos dirigidos a una correcta ingesta de nutrientes son primordiales para emprender acciones orientadas al mantenimiento de la salud en el binomio envejecimiento-nutrición, evitando la malnutrición y sus consecuencias³⁵. En el estudio de Gille et al., la Pirámide de la Alimentación es considerada por un 71% como una guía de nutrición, pero solo un 56% seguía sus recomendaciones (un 38% de todos los participantes). Por ello, se hace necesario desarrollar otras herramientas que aporten información de manera más sencilla que se pueda aplicar a la práctica, aumentando así la conciencia sobre la importancia que tiene la alimentación saludable en la población mayor. La educación cara a cara, el asesoramiento, los programas de autogestión grupal, los entrenamientos, los recursos electrónicos..., son herramientas que han demostrado tener eficacia aportando información sobre nutrición³⁷. Así como los talleres de alimentación para mayores llevados a cabo por el ayuntamiento de Vélez-Málaga: información sobre una alimentación equilibrada, la dieta mediterránea, elaborar menús saludables, aprender a revisar el etiquetado de los productos, elegir alimentos de temporada y evitar alimentos precocinados¹⁷.

También, es recomendable combinar la actividad física con el consumo proteico para evitar la sarcopenia^{28, 30}, ya que la ingesta de proteína cercana al momento de actividad física tiene un impacto sinérgico en las tasas de síntesis de proteína muscular. Una sesión de ejercicio puede elevar estas tasas hasta 48 horas y el sistema músculo esquelético conserva su sensibilidad inducida por el ejercicio a las propiedades anabólicas de los aminoácidos durante al menos 24 horas después de la actividad física. Se recomienda la ingesta de 30-40g de una proteína de alta calidad inmediatamente después de la actividad física y a intervalos regulares, además del consumo de 4 a 6

comidas pequeñas con alto contenido de proteínas por día. Son destacables los suplementos de creatina y los ácidos grasos omega-3 derivados del aceite de pescado³⁰.

Es remarcable el papel que desempeña el yogur como parte de una dieta saludable pues es un alimento probiótico denso en nutrientes, con propiedades que mejoran su biodisponibilidad. Las personas que toman yogur tienen menos deficiencias de riboflavina, vitamina B12, calcio, magnesio y zinc. Además, no supone problemas en la masticación e interviene en el mantenimiento óseo y muscular por ser una fuente de proteína y calcio, previniendo así la osteoporosis y la sarcopenia. En el caso de las mujeres, el consumo de yogur está relacionado con mayores niveles de colesterol HDL. También guarda una relación inversamente proporcional con el riesgo de padecer enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, y deterioro cognitivo³⁶.

Por otra parte, muchas personas mayores presentan falta de apetito, también llamada anorexia del envejecimiento (15-30%)³⁸. Las causas de esta falta de apetito pueden deberse a cambios en el sistema digestivo, mala higiene bucal, estreñimiento, cambios hormonales, enfermedades agudas o enfermedades crónicas. Atendiendo al estado cognitivo, la depresión, la demencia, el delirio..., pueden disminuir la falta de apetito, así como el hecho de vivir y comer sin compañía. Además, los fármacos pueden provocar alteraciones en el olfato, el gusto, náuseas...^{37, 38} Una disminución del apetito puede ir seguida de una reducción del consumo de alimentos, aumentando así el riesgo de pérdida de peso y déficits nutricionales. Por tanto, se hace imprescindible la detección de esta falta de apetito con instrumentos como el cuestionario “The Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ)” capaz de predecir pérdidas superiores al 5% de peso durante 6 meses en personas mayores con 4 preguntas simples. Una vez identificada la causa, se debe tratar: la boca seca, con sorbos regulares de agua; verificar que la dentadura postiza se ajuste cómodamente; educación sobre higiene oral; tratar las enfermedades; mejorar el sabor de las comidas y animar a comer acompañado; hacer actividad física; usar técnicas de comportamiento con recursos motivacionales, *feedbacks*, pactando metas y revisar la medicación que pudiera estar interfiriendo en el apetito, entre otras estrategias³⁸.

Salud mental.

Alrededor del 13,5% de los adultos mayores que requieren atención médica domiciliaria experimentan depresión. Factores como enfermedades, discapacidad, efectos secundarios de medicamentos, pérdida sensorial progresiva, trastornos del sueño, antecedentes de caídas, aislamiento social y pérdidas personales, contribuyen al aumento del riesgo de sufrir depresión³⁹. Este es el motivo por el que se presta una atención especial a la salud mental en la mayoría de los programas de promoción de la salud en la población de personas mayores.

En los mayores la depresión se expresa comúnmente por cambios en los niveles de energía, patrones de sueño y apetito, dificultades para concentrarse o tomar decisiones, falta de placer en las actividades que antes disfrutaban y sentimientos de desesperanza que pueden derivar a pensamientos de suicidio. Dado el papel predominante de las enfermeras en la mayoría de los entornos de atención a la salud, son indispensables para identificar y cuidar la depresión en adultos mayores. Se recomienda usar el protocolo diseñado para enfermeras domiciliarias “Depression CAREPATH”, que se basa en identificar el problema, usando el “nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9)”; además, de estar en contacto permanente con el paciente para derivarle, si su situación lo precisara, a otro especialista; así como evaluar la eficacia y adherencia a la medicación prescrita, educar al paciente y su familia y motivarles para que estén activos y con buen humor³⁹.

Para mejorar la función cerebral y evitar el deterioro cognitivo relacionado con la pérdida de plasticidad, se debe ejercer una adecuada estimulación cerebral haciendo uso de un aprendizaje diario (leer, tocar un instrumento, aprender un nuevo idioma, bailar, hacer yoga...) y probando experiencias sensoriales (pintar, hacer escultura). Se ha demostrado la efectividad de un entrenamiento cognitivo con ejercicios mentales como los crucigramas, sudokus, juegos de ordenador...^{17, 18, 20} Además, se ha visto cómo hacer movimientos con la mano no dominante estimula al cerebro²⁰.

Otra intervención dirigida a mejorar el estado cognitivo y la memoria así como la interacción social y el intercambio de conocimiento es la “Narración de historias”. Los participantes han de elegir un tema sobre el que hablar, informarse sobre él y asimilarlo para, finalmente, exponerlo. Las exposiciones son grabadas para posteriormente hacer

un *feedback*. Tras cada presentación se contesta a una serie de preguntas sobre qué se puede aprender de lo tratado, consejos con los que los participantes mejoraron su calidad de vida. Se trataron temas tales como: solidaridad, respeto por los demás, sueños, esperanza,...⁴⁰

Otra intervención similar es el “Bingo de la salud”, en la que se reparten una serie de cartones con 6 imágenes relacionadas con temas sobre la salud como comida, familia, tecnología, caídas, enfermedades, actividad física, etc. Cada imagen está relacionada con un número; a medida que van saliendo los números, se va hablando sobre la imagen correspondiente al mismo, haciendo reflexiones e intercambiando experiencias⁴¹.

El sueño-descanso también promueve la salud y el bienestar y juega un papel importante en la memoria a largo plazo. Alteraciones en el sueño están directamente relacionadas con la enfermedad del Alzheimer. Se ha demostrado cómo los ejercicios cognitivos²⁰ y la actividad física incrementan la profundidad del sueño^{20, 23}. Proporcionar herramientas a las personas sobre cómo descansar de forma adecuada, teniendo hábitos saludables y una rutina antes de acostarse se hace imprescindible¹⁷.

Por otro lado, entre las múltiples medidas no farmacológicas beneficiosas para alcanzar un envejecimiento activo destacan la meditación y la musicoterapia que consiguen efectos a nivel cognitivo-emocional (mejora en la autoestima, la sensibilización afectiva, la relajación; disminución de la agitación, el estrés y la depresión), psicofisiológico (desarrollo psicomotor, sensorio-perceptivo), espiritual (enriquecimiento interior) y social (comunicación interpersonal, aceptación social)^{20, 42}. La musicoterapia está indicada para la mejora cognitiva y la reducción de los síntomas de la demencia, y como tratamiento complementario para pacientes oncológicos y con enfermedad de Parkinson. Además, presenta buenos resultados en parámetros como la tensión arterial y no tiene complicaciones graves⁴².

Son también destacables las denominadas “intervenciones positivas” dirigidas a alcanzar el desarrollo del ser humano, una vida feliz, saludable, productiva y significativa^{17, 43}. Con ellas se aprende a afrontar situaciones difíciles, modificando los pensamientos automáticos desadaptativos, reduciendo su efecto negativo y generando recursos emocionales que preservan el bienestar y prevengan la depresión^{17, 18, 43}. Jiménez et al., llevaron a cabo una intervención psicoeducativa grupal dando a conocer

a los participantes los conceptos de bienestar emocional, envejecimiento con éxito y sentirse bien con el envejecimiento, trabajando la gratitud, la perseverancia, el sentido del humor, el perdón, el coraje y el altruismo. Se resaltó la comprensión e identificación de emociones seguido de la potenciación de las emociones positivas y su relación con el bienestar y la salud. Se trabajó la regulación emocional, el afrontamiento de situaciones adversas y la aceptación, y se animó a idear proyectos personales (voluntariado, cursos...) para alcanzar la denominada “prosperidad psicológica de las personas mayores”. Tras finalizar la intervención, se observó en los participantes un aumento de felicidad y una reducción en los niveles de preocupación y presión arterial sistólica⁴³.

Relaciones sociales - Ocio.

El ocio y el tiempo libre son vitales en la vejez, ya que un 41% de la población mayor de 65 años afirma que su actividad principal diaria está relacionada con el ocio⁴⁴. El ocio tiene un papel a nivel preventivo y terapéutico, genera bienestar físico y psíquico y está relacionado con una mejor percepción de calidad de vida en la tercera edad⁴⁴⁻⁴⁶. Una buena condición física está relacionada a su vez con una mayor participación en actividades de ocio y, en consecuencia, con un mayor bienestar. Paggi et al., observaron esta anterior relación pero advirtiéndolo cómo la edad tiene mayor repercusión en el bienestar que las actividades y relaciones sociales⁴⁶.

En la sociedad actual, las nuevas tecnologías se han ido imponiendo progresivamente como una forma de ocupar el tiempo de ocio y facilitar las relaciones sociales. Es cierto que, en España concretamente, todavía existe el fenómeno conocido como “brecha digital” entre los mayores de 65 años, dificultándose así su adaptación e integración a la nueva “sociedad tecnológica”. Un 13,4% de esta población mayor afirma haber usado internet alguna vez, un 19,4% un ordenador, y un 64,8% el teléfono móvil. Estas nuevas herramientas, así como las aplicaciones móviles sanitarias, de ocio y comunicación, pueden ayudar a estas personas a mejorar su autoestima, a combatir la depresión, la ansiedad, la soledad, el aislamiento y la exclusión social. El estudio de Tortosa et al., demostró la mayor implicación que están teniendo los mayores con las nuevas tecnologías, que les permiten integrarse en la sociedad, sentirse conectados, reducir la soledad, ser más independientes, útiles, activos y saludables, aumentando su autoestima, su bienestar y su calidad de vida. Por ello, la enfermera debe desarrollar estrategias y

potenciar el aprendizaje de los productos tecnológicos, integrándolos en los programas de promoción de la salud⁴⁴.

Richard et al., quisieron demostrar si una intervención con el uso de internet podía reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y de deterioro cognitivo ya que tienen factores de riesgo en común. A través de una plataforma, los participantes creaban un perfil que mostraba su riesgo cardiovascular según los diferentes factores de riesgo que tenían. Este recurso permitía plantearse una meta semanal, unirse a actividades grupales, acceder a información, vídeos y usar un programa de entrenamiento cognitivo. Los usuarios contaban con un entrenador que les motivaba a través de mensajes. Los resultados obtenidos en varios países tras esta intervención difieren bastante por su distinta organización; sin embargo, se coincide en afirmar la utilidad del uso de internet como un recurso más para llevar a cabo programas de educación para la salud⁴⁷.

Otra intervención es la propuesta por Jenaro et al., con la que, a través del envío de mensajes de texto breves como, por ejemplo, “¡Viernes! Qué buen día para hacer ejercicio”; “Es mediodía, ¿has tomado una ración de fruta? Recuerda que es muy saludable”, se promocionaban de manera eficaz comportamientos saludables. Con estos mensajes, los participantes fueron más conscientes de la importancia de controlar la dieta (57,7%), tomar fruta (53,8%), seguir una dieta equilibrada (46,2%), controlar el consumo de sal (34,6%), no abusar del alcohol (30,8%), hacer actividad física moderada (30,8%), controlar los niveles de glucosa (26%), reducir el sedentarismo y del control de la presión arterial y el colesterol (19,2%), entre otros. Este método fue considerado una buena herramienta para la orientación y el control de variables físicas, así como para la adherencia a la medicación. Como desventajas destacaron las radiaciones, el exceso de información, la reducción de la actividad cognitiva, posibles problemas de seguridad, así como la falta de formación, de motivación y miedos. Se hace indispensable la adaptación de esta tecnología a la población mayor con formación y motivación que contrarreste los posibles miedos⁴⁸.

Por otra parte, la soledad disminuye la salud y aumenta la mortalidad^{17, 49}, ya que está relacionada con la depresión, la salud física y las limitaciones funcionales. De ahí la importancia de estar conectado a la comunidad, estando alegre, optimista, seguro, satisfecho...¹⁷ Así como de tener relaciones sociales que promuevan la salud mental y

protejan contra el desarrollo y la progresión de enfermedades físicas^{18, 49}. La soledad se puede medir usando escalas como “UCLA Loneliness Scale” y “dJG Loneliness Scale”, que han demostrado su utilidad. Este problema de salud está asociado a comportamientos adversos como prácticas de salud más pobres (consumo de alcohol y tabaco), menos conductas de promoción de la salud (menos actividad física, mala nutrición) y la disminución del sueño. Para combatir la soledad se han probado intervenciones de carácter psicosocial dirigidas a mejorar las habilidades sociales, el apoyo social (con visitas domiciliarias), las oportunidades de interacción (con llamadas telefónicas) y la cognición social desadaptativa (con terapia cognitiva conductual)⁴⁹. Con el objetivo de disminuir esta soledad se debe plantear talleres de voluntariado que integren a las personas mayores en la comunidad, fomentando la solidaridad intergeneracional, así como talleres que impulsen el asociacionismo y la participación ciudadana^{17, 18, 23, 45}.

Con el fin de conseguir una sociedad para todas las edades se debe tener muy en cuenta los vínculos intergeneracionales. Se tendría que potenciar intervenciones que reunieran a personas de diferentes generaciones estableciéndose así relaciones entre los participantes y mejorándose los sistemas de apoyo de la comunidad, la educación ambiental y la preservación de tradiciones culturales. Se conseguiría una reducción del aislamiento social, un aumento en la salud y bienestar de las personas mayores, así como una mejor autoestima y habilidades entre los jóvenes. Ejemplos de estos programas son “Relevo de Vivencias”, donde se fomenta el intercambio de experiencias, conocimientos y valores rompiendo estereotipos negativos del envejecimiento; “Nos hacemos mayores”, con charlas para combatir los estereotipos, y actividades conjuntas entre mayores y jóvenes como “Recetario de cocina” o “Memoria del barrio”; “Vivir y Convivir”, donde jóvenes universitarios se alojan en el domicilio de una persona mayor haciéndoles compañía; “Huertos Urbanos intergeneracionales”, estableciendo vínculos entre vecinos y fomentando el ejercicio, entre otras estrategias⁵⁰.

El estudio cualitativo de Black et al., muestra el deseo y la necesidad de la población mayor de realizar actividades de voluntariado, trabajo y enseñanza para sentirse parte de la comunidad y establecer vínculos con otras personas. Manifiesta la preferencia de envejecer en su entorno, teniendo la posibilidad de contar con ayudas para realizar actividades como, por ejemplo, del hogar. Los participantes de este estudio desean

romper con el edadismo para poder sentirse respetados y apreciados por el resto de la sociedad. Además, quieren estar conectados con las nuevas tecnologías para poder acceder a la información, y contar con el transporte público adecuado evitando así el riesgo de soledad⁵¹. Así mismo, Ferreira et al., verifican la utilidad de las intervenciones grupales en la población mayor ya que mejoran aspectos físicos y psicosociales, pues aumenta la adherencia a estilos de vida saludables con la práctica regular de actividad física y participación social⁵².

El estudio transversal de Marques et al., investigó la relación entre ciertos estilos de vida y la calidad de vida de la población mayor. Comprobó cómo aquellos mayores que vivían con su familia tenían una calidad de vida menor que los que gozaban de más autonomía viviendo solos, ya que podían sentirse más dependientes y reducir su autoestima; las personas que trabajaban tenían una mejor calidad de vida que aquellos que no lo hacían; también se percibió un aumento en la calidad de vida de las personas que mantenían relaciones sociales, que usaban internet y participaban en actos religiosos y en actividades dirigidas al ejercicio físico, a la música, al arte, etc.⁵³.

Además, en el estudio correlacional de Ferri Sanz et al., se dedujo que las personas mayores que viajan tienen mejor salud física y mental, así como una mayor capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria que aquellas que no viajan. Igualmente, los mayores que viajan se realizan menos pruebas diagnósticas, usan menos el sistema de urgencias y el trabajo de un cuidador. Por tanto, el turismo tiene un efecto positivo en la salud de la población mayor⁵⁴.

Medicación y vacunación.

La población mayor está polimedicada debido al gran porcentaje de enfermedades crónicas que sufre. Los fármacos pueden provocar efectos adversos e ingresos hospitalarios^{55, 56}. Por ello, se hace imprescindible la revisión y actualización de todas las medicaciones de los pacientes mayores por parte de enfermería en cada una de las citas a las que asisten^{17, 18, 28, 55, 56}.

Es relevante conocer el término *Deprescribing* que hace referencia al proceso de interrumpir o disminuir la dosis de determinados fármacos que en un preciso momento no están aportando beneficios al paciente, así como, el denominado *STOP/START*

criterios que prohíbe seguir tomando cierta medicación que provoca efectos adversos y que obliga a iniciar nueva medicación anteriormente omitida y ahora necesaria⁵⁶.

Por otra parte, la vacunación es la principal responsable de la reducción de la mortalidad y el aumento de la población. “La prevención es mejor que la cura”, por ello los profesionales sanitarios deben garantizar que tanto sus pacientes como ellos mismos estén al día con su calendario de vacunación⁵⁷. Se debe asegurar la vacuna de la gripe, la vacuna antineumocócica y la vacuna tétanos-difteria¹⁸. Igualmente, podrían darse incentivos adicionales destinados a la promoción de la vacunación para mejorar la prevención, sobretudo en el periodo de vacunación contra la gripe⁵⁷.

Asimismo, es de gran importancia mantener a la población bien informada sobre los beneficios que tiene vacunarse. Los profesionales de la salud han de encargarse de esta tarea, haciendo conscientes a sus pacientes de qué vacuna tienen que ponerse, en qué momento, e intentar sobre todo que los mayores tengan el deseo de vacunarse⁵⁷.

Intervención de la enfermera como coordinadora de recursos sociosanitarios.

La enfermera puede actuar en diferentes ámbitos, tanto desde la atención comunitaria, que incluye visitas a domicilio, como en instituciones y centros para mayores, lugares donde poder llevar a cabo programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, destinados a alcanzar un envejecimiento activo y saludable.

El estudio cualitativo de Canhestro et al., considera a los enfermeros comunitarios, por estar más cerca de los usuarios, familias y comunidades, elementos clave en el desarrollo de intervenciones promotoras de salud en todas las fases del ciclo vital. Estas intervenciones deben iniciarse de manera precoz, ya que una infancia y edad adulta sanas son importantes determinantes de un envejecimiento saludable. A su vez, es necesario reforzar que las intervenciones preventivas puedan llegar a poblaciones de buena salud, así como que las intervenciones de promoción de la salud puedan dirigirse a personas con enfermedad crónica. También se destaca el adecuado y rápido diagnóstico de las necesidades de salud, necesario como base para la planificación de las intervenciones⁵⁸.

Las visitas a domicilio, realizadas por las enfermeras con el objetivo de promocionar la salud y prevenir la enfermedad para la mejora del autocuidado, se consideran el primer nivel de contacto entre la comunidad y el sistema de salud. Diversos autores confirman cómo con esta atención domiciliaria la persona mayor y su familia alcanzan una mayor independencia⁵⁹.

También se realizan a nivel domiciliario programas de salud como “Hospital in the Home” y “House Calls”^{60, 61}. “Hospital in the Home” evita ingresos hospitalarios innecesarios a personas mayores que necesitan cuidados dirigidos a exacerbaciones agudas de sus enfermedades crónicas, obteniendo atención enfermera, fisioterapéutica y de terapia ocupacional bien coordinada, disponible los 365 días del año y las 24 horas del día. Se ha comprobado la satisfacción de los pacientes (99%) y la reducción de la mortalidad, los reingresos y los costes con este tipo de programa. Además, se ofrece la posibilidad de cuidados paliativos y de emergencias⁶⁰. Por su parte, con “House Calls” un médico o enfermero realiza visitas domiciliarias anuales a personas con enfermedades crónicas, donde se evalúa el estado de salud, la medicación, el posible riesgo de depresión, desnutrición, se realiza una analítica..., y, finalmente, el paciente recibe una carta con unas recomendaciones que debe plantear a su centro de salud de referencia. Este programa está coordinado con atención primaria, atención especializada en caso de emergencia, y con múltiples servicios como los servicios sociales. Gracias a su aplicación, ha disminuido el número de ingresos hospitalarios, de institucionalizaciones y ha aumentado la cantidad de visitas al centro de salud⁶¹.

Por otra parte, el estudio transversal de Björk et al., demuestra la efectividad que tiene en la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores institucionalizadas su inclusión en actividades cotidianas como, recibir visitas, ver la televisión, escuchar música, salir de excursión, al cine, así como programas de interacción con mascotas, ya que se mantienen físicamente activas y socialmente conectadas, mejorando su humor, y reduciendo su agitación y su pasividad, consiguiendo prosperar en estas instituciones⁶².

La Fundación SARquavitaie ha creado la Escuela de Salud y Bienestar en centros residenciales para mayores de SARquavitaie, proporcionando un espacio donde tanto los profesionales sociosanitarios como los miembros de la comunidad tienen acceso a conocimientos de promoción de la salud con el objetivo de fomentar la autonomía personal y el envejecimiento activo, además de la dinamización de los centros

residenciales. Llevan a cabo talleres relacionados con la salud y el bienestar (“Perder a un ser querido, pasar y superar el duelo”, “Dormir bien, guía para mejorar el descanso”, “¿Cómo vivir con una persona con Alzheimer?”, “Recomendaciones alimentarias para personas mayores”, “Uso y abuso de los medicamentos”), las nuevas tecnologías (“¡Conéctate! Iniciación a las redes sociales”), los recursos y servicios (“Cómo solicitar la dependencia y no volverse loco”, “Voluntades anticipadas: planificando nuestros cuidados”, “Mecanismos de protección jurídica para personas mayores”) y el ámbito social y de ocio (“Taller de fotografía, de elaboración de jabones,...”, “La música, más que un entretenimiento”). Todos estos talleres se han evaluado muy satisfactoriamente por los participantes gracias al intercambio de experiencias que permite⁶³.

Diversos autores coinciden en que los centros para mayores, fundamentalmente dirigidos por enfermería, permiten a los ancianos mantenerse activos y conectados con la comunidad. Estos centros se consideran los más adecuados para llevar a cabo programas de promoción de la salud que deben dar conocimiento, pero también intentar modificar el comportamiento y adherencia de las personas mayores respecto a estilos de vida saludables^{64, 65}. Con intervenciones a corto plazo se consigue aumentar el conocimiento, mientras que las intervenciones a largo plazo modifican los comportamientos de salud. Además, se deben tener en cuenta los cambios en el aprendizaje y los niveles de educación de esta población⁶⁴. El estudio de casos de Gonçalves et al., trata sobre los centros para mayores y manifiesta la necesidad de espacios sociales donde las personas mayores tengan acceso a atención médica, fisioterapéutica, psicológica; donde puedan celebrar fechas señaladas como Carnaval y crear redes, desarrollando así su potencial y disminuyendo la sensación de soledad. Lugares donde poder realizar en grupo actividades relacionadas con la salud, como ejercicios físicos que mejoren las funciones cardiorrespiratoria y muscular así como la memoria, la cognición y la sociabilidad; actividades de ocio como el baile, el teatro..., donde estas personas puedan compartir sus experiencias recibiendo apoyo, comprensión..., y mejorando así su calidad de vida⁶⁵.

Es destacable la selección de Andalucía como *Reference Site* en Envejecimiento Activo y Saludable por la Red del Consorcio Innovador Europeo. Se han propuesto servicios sociales como: Teleasistencia, Red de Centros de Participación Activa, Red de turismo Inturjovent con el programa de Turismo de personas mayores, entre otros⁶⁶.

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

En la elaboración de este trabajo se ha investigado sobre el rol de la enfermera en las políticas de envejecimiento activo y saludable. Mediante la indagación en la literatura existente acerca del tema, se ha puesto especial énfasis en las áreas de responsabilidad enfermera en los programas de envejecimiento activo y en la intervención de la enfermera como coordinadora de recursos sociosanitarios.

A través de dicha bibliografía y teniendo como guía los objetivos propuestos, se han obtenido las siguientes conclusiones:

Con el fin de alcanzar un envejecimiento activo y saludable aparece la necesidad de adoptar una perspectiva del ciclo vital completo por parte de los sistemas sanitarios, pudiendo así fomentar la promoción de la salud, la prevención de enfermedad y el acceso equitativo tanto a atención primaria como a cuidados de larga duración, donde la enfermería es vital.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la población mayor implican favorecer la adopción de comportamientos saludables a través de la actividad física, la alimentación, la salud mental, el ocio y el desarrollo de relaciones sociales, así como del control de la medicación y la vacunación.

- En relación a la actividad física, es recomendable hacer 30 minutos de actividad física moderada, cinco veces a la semana o 75 minutos semanales de actividad física intensa. El entrenamiento aeróbico resulta muy beneficioso siempre y cuando se haya entrenado la resistencia y la fuerza muscular, así como el equilibrio en el caso de las personas frágiles. En cuanto al entrenamiento de la fuerza, este es el más apropiado para el trabajo y la prevención de la sarcopenia, el cual queda contraindicado en personas con insuficiencia cardíaca congestiva. Se hace imprescindible la pronta detección de problemas relacionados con la pérdida de visión y el síndrome poscaída, para el que una intervención combinada de práctica de ejercicio y educación para la salud genera un efecto positivo. Se debe tener siempre en cuenta la percepción que las personas tienen sobre sí mismas para poder aplicar o no una serie de estrategias de promoción de la salud, pues los estereotipos repercuten en la forma de adquirir un nuevo comportamiento de salud.

- No sólo los mayores frágiles y pacientes geriátricos presentan problemas nutricionales, sino que los mayores autónomos también se encuentran en riesgo de malnutrición. Se hacen imprescindibles programas dirigidos a promocionar una alimentación saludable, siguiendo las recomendaciones de la dieta mediterránea, que aporten información sencilla que pueda aplicarse a la práctica. Por otro lado, la combinación de actividad física y consumo proteico evita la sarcopenia al tener un impacto sinérgico en las tasas de síntesis de proteína muscular. El yogur ha demostrado también beneficios en la prevención de la sarcopenia, así como en la osteoporosis, déficits nutricionales y enfermedades crónicas. Otro problema nutricional es la falta de apetito o anorexia del envejecimiento que puede ir seguida de una reducción en el consumo de alimentos, aumentando así el riesgo de pérdida de peso y déficits nutricionales. Se hace indispensable la pronta detección de esta falta de apetito con el cuestionario SNAQ para poder identificar la causa y tratarla.
- La depresión es un problema usual en los adultos mayores donde el papel de la enfermera es predominante para evaluar la adherencia a la medicación prescrita, educar al paciente y su familia y motivar a estas personas para mantenerlas activas y con buen humor. Para evitar el deterioro cognitivo se debe ejercer una adecuada estimulación cerebral haciendo uso de un aprendizaje diario, probando experiencias sensoriales y un entrenamiento cognitivo con ejercicios mentales. También se le debe prestar atención al patrón sueño-descanso y ofrecer herramientas para descansar de forma adecuada. Igualmente, destacan la meditación, la musicoterapia y las intervenciones positivas como medidas no farmacológicas útiles para conseguir un envejecimiento activo.
- En cuanto al ocio, este está relacionado con una mejor percepción de calidad de vida en la tercera edad. Las nuevas tecnologías, las aplicaciones sanitarias, de ocio y comunicación permiten a los mayores integrarse en la sociedad actual, aumentando su bienestar. Por ello, la enfermería debe potenciar el aprendizaje de los productos tecnológicos, haciendo frente a la “brecha tecnológica”. Atendiendo a las relaciones sociales, la soledad disminuye la salud y aumenta la mortalidad; se debe combatir con talleres de voluntariado, fomentando la solidaridad intergeneracional, así como con talleres que impulsen el asociacionismo y la participación ciudadana. Además, hacer turismo tiene un efecto positivo en la salud de la población mayor.

- En los mayores polimedicados es necesario revisar y actualizar la medicación ya que los fármacos pueden provocar efectos secundarios e ingresos hospitalarios. La enfermera tiene la misión de dar información sobre los beneficios de la vacunación, y conseguir que la población mayor tenga el deseo de inmunizarse.

En la coordinación de recursos sociosanitarios, los enfermeros comunitarios son un elemento clave en el desarrollo de intervenciones promotoras de salud y de prevención de la enfermedad en todas las fases del ciclo vital, atendiendo siempre a las necesidades de salud de la población. El primer nivel de contacto entre la comunidad y el sistema de salud lo conforman las visitas domiciliarias de enfermería que garantizan una mayor independencia a sus pacientes y un lugar donde poder aplicar programas de salud como “Hospital in the Home” y “House Calls”. Por otra parte, las personas mayores institucionalizadas consiguen prosperar en estas instituciones gracias a su inclusión en actividades cotidianas y a programas como los de la Escuela de Salud y Bienestar de la fundación SARquavita. Otro recurso a tener en cuenta por enfermería son los centros para mayores que mantienen a los ancianos activos y conectados con la comunidad.

Como limitaciones de este trabajo señalar que, al tratarse de una revisión narrativa, existe la posibilidad de que no se hayan encontrado otros documentos también relevantes para los objetivos del trabajo, o que los criterios de selección establecidos para clasificar los resultados sean discutibles. Igualmente se podría mencionar, como debilidad de este trabajo, la existencia de ruido documental en el proceso de recuperación de la información puesto que, aun habiendo usado operadores booleanos y aplicado filtros de búsqueda, el número de resultados obtenido ha sido excesivo.

Por otro lado, la mayoría de los artículos analizados son revisiones narrativas que ofrecen información variada sobre el envejecimiento, así como múltiples propuestas de intervención para su bienestar y calidad de vida, lo que muestra la necesidad de utilizar otras técnicas de investigación que proporcionen más evidencia de efectividad sobre las intervenciones propuestas para alcanzar un envejecimiento activo y saludable por la población mayor.

No obstante, los resultados obtenidos en esta revisión narrativa podrían servir como base para futuras investigaciones, enfocadas también a clarificar más la competencia enfermera en el proceso de envejecimiento activo y saludable.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer el esfuerzo, dedicación y trabajo de mi tutora, M^a Luisa Martínez Martín, quien ha hecho posible que lo dificultoso resultase más sencillo y que este trabajo se haya convertido en realidad.

Señalar al personal de la biblioteca de la Facultad de Medicina por guiarme inicialmente en las búsquedas bibliográficas.

Y, por supuesto, mencionar a mi familia y amigos, por todo el apoyo, ayuda y comprensión recibida durante los meses de elaboración de este Trabajo Fin de Grado y durante los años anteriores en mi proceso de formación como profesional de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2015 [citado el 31 de Dic. de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/1NyqJiQ>
2. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) [Internet]. 2011 [citado el 30 de Dic. de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2CASS9D>
3. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2017 [citado el 17 de Ene. de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/1usFKno>
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018 [citado el 18 de Ene. de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2g90X66>
5. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Informe 2014. Las Personas Mayores en España: Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) [Internet]. 2015 [citado el 31 de Dic. de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2rrTl4R>
6. Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en red [Internet]. 2017 [citado el 19 de Ene. de 2018]; 15: 1-48. Disponible en: <http://bit.ly/2lhW8xb>
7. Instituto Nacional de Estadística. Mujeres y hombres en España 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2016 [citado el 30 de Dic. de 2017]; Sección 4.1. Disponible en: <http://bit.ly/2lPjSGV>
8. Gallo Estrada J, Molina Mula J, Novajra Alexandre M, Taltavull Aparicio JM. Estrategias de cuidados de las familias con las personas mayores que viven solas. Index Enferm [Internet]. 2013 [citado el 31 de Ene. de 2018]; 22 (1-2): 20-24. Disponible en: <http://bit.ly/2E6aOZL>

9. Espacio Mayores. Protección al mayor [Internet]. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2015 [actualizado el 3 de Oct. de 2017; citado el 20 de Ene. de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2EOlae2>
10. Miralles I. Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad. Trabajo y sociedad [Internet]. 2011 [citado el 20 de Ene. de 2018]; (16): 137-161. Disponible en: <http://bit.ly/2EZkIce>
11. Abellán García A, Esparza Catalán C. La imagen de los mayores en Europa. Datos de 2008 y 2009. Madrid: Informes Portal Mayores [Internet]. 2009 [citado el 5 de Ene. de 2018]; 96. Disponible en: <http://bit.ly/2Cv8Y07>
12. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (8-12 de abril 2002 - Madrid, España). Naciones Unidas [citado el 20 de Ene. de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2rnBCzn>
13. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York: Naciones Unidas [Internet]. 2003 [citado el 20 de Ene. de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2rMhSVE>
14. Qué es el envejecimiento activo. Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional 2012 [Internet]. [citado el 20 de Ene. de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/Ue0iV0>
15. Leiton Espinoza ZE. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. Enferm. univ [Internet]. 2016 [citado el 2 de Feb. de 2018]; 13 (3): 139-141. Disponible en: <http://bit.ly/2DW2gRw>
16. Villamor Ruiz EM, Fernández Álvarez F, Gómez Coca S. Enfermería en la promoción del envejecimiento activo. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2016 [citado el 9 de Abr. de 2018]; (25): 1-13. Disponible en: <https://bit.ly/2GOzZOt>
17. Nebrera Parra G, Lavado Pérez C, Fernández Burgos F, Cabra Dueñas JM, Navas Oñate E. Envejecimiento Activo. Programa interinstitucional en el municipio de Vélez-Málaga. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2017 [citado el 13 de Abr. de 2018]; (26). Disponible en: <https://bit.ly/2GYKYsw>
18. Moral Lechuga MC, Lerma Ortega E, Moreno Almagro I. Promoción del envejecimiento activo. En: Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes MC, Molero Jurado MM, Barragán Martín AB, Martos Martínez A, Cardila Fernández F. Cuidados,

aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor. ASUNIVEP; 2015. p. 77-84.

19. Leiton Espinoza ZE. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enferm Univ* [Internet]. 2016 [citado el 15 de Abr. de 2018]; 13 (3): 139-141. Disponible en: <https://bit.ly/2GZD8iz>
20. Bertozzi B, Tosti V, Fontana L. Beyond calories: an integrated approach to promote health, longevity and well-being. *Gerontology* [Internet]. 2017 [citado el 1 de Abr. de 2018]; 63 (1): 13-19. Disponible en: <https://bit.ly/2uI5Lea>
21. Lopera Lucena I. Los parques de mayores: análisis y propuestas de intervención. *MoleQla* [Internet]. 2014 [citado el 5 de Abr. de 2018]; 15. Disponible en: <https://bit.ly/2uO6NFM>
22. De Dios Aguado M, Martínez Ruiz L. Paseo terapéutico: tratamiento eficaz para la persona mayor frágil. *TOG* [Internet]. 2017 [citado el 4 de Abr. de 2018]; 14 (26). Disponible en: <https://bit.ly/2HbCfQA>
23. Ilha S, Argenta C, Silva MRS, Cezar-Vaz MR, Pelzer MT, Backes DS. Active aging: necessary reflections for nurse/health professionals. *Rev. pesqui. cuid. fundam* [Internet]. 2016 [citado el 15 de Abr. de 2018]; 8 (2): 4231-4242. Disponible en: <https://bit.ly/2H10cxi>
24. Bouaziz W, Vogel T, Schmitt E, Kaltenbach G, Geny B, Lang PO. Health benefits of aerobic training programs in adults aged 70 and over: a systematic review. *ARCH GERONTOL GERIATR* [Internet]. 2016 [citado el 4 de Abr. de 2018]; 69: 110-127. Disponible en: <https://bit.ly/2IstUaK>
25. Bauman A, Merom D, Bull FC, Buchner DM, Fiatarone Singh MA. Updating the evidence for physical activity: Summative reviews of the epidemiological evidence, prevalence, and interventions to promote “active aging”. *Gerontologist* [Internet]. 2016 [citado el 4 de Abr. de 2018]; 56: S268-S280. Disponible en: <https://bit.ly/2q5wfSe>
26. Plaza Carmona M, Martínez González L. Sarcopenia, envejecimiento y actividad física. *Metas Enferm* [Internet]. 2015 [citado el 5 de Abr. de 2018]; 18 (3): 69-73. Disponible en: <https://bit.ly/2JmFu8J>
27. Wolff JK, Warner LM, Ziegelmann JP, Wurm S. What do targeting positive views on ageing add to a physical activity intervention in older adults? Results from a

- randomised controlled trial. *Psychology & Health* [Internet]. 2014 [citado el 13 de Abr. de 2018]; 29 (8): 915-932. Disponible en: <https://bit.ly/2veIa5g>
28. Lira Borges C, de Freitas MC, Cavalcante Guedes MV, da Silva MJ, Pedrosa Leite SF. Nursing Clinical Practice in the Frail Elderly Care: reflection study. *REV ENFERMAGEM UFPE* [Internet]. 2016 [citado el 15 de Abr. de 2018]; 2: 914-918. Disponible en: <https://bit.ly/2HAu0Op>
29. Padilla Colón CJ, Sánchez Collado P, Cuevas MJ. Beneficios del entrenamiento de fuerza para la prevención y tratamiento de la sarcopenia. *Nutr Hosp.* [Internet]. 2014 [citado el 6 de Abr. de 2018]; 29 (5): 979-988. Disponible en: <https://bit.ly/2GInaVT>
30. Wall BT, Cermak NM, van Loon LJC. Dietary protein considerations to support active aging. *Sports Med* [Internet]. 2014 [citado el 8 de Abr. de 2018]; 44: 185-194. Disponible en: <https://bit.ly/2qeemAH>
31. Meléndez Moral JC, Garzón Soler T, Sales Galán A, Mayordomo Rodríguez T. Efectividad de una intervención para reducir el miedo a caer en las personas mayores. *Aquichan* [Internet]. 2014 [citado el 6 de Abr. de 2018]; 14 (2): 207-215. Disponible en: <https://bit.ly/2GYln2b>
32. Kendrick D, Kumar A, Carpenter H, Zijlstra GAR, Skelton DA, Cook JR, et al. Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2015 [citado el 6 de Abr. de 2018]; 11. Disponible en: <https://bit.ly/2IrkRFw>
33. Lukaszyk C, Coombes J, Turner NJ, Hillmann E, Keay L, Tiedemann A, et al. Yarning about fall prevention: community consultation to discuss falls and appropriate approaches to fall prevention with older Aboriginal and Torres Strait Islander people. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 [citado el 6 de Abr. de 2018]; 18 (1). Disponible en: <https://bit.ly/2IxmdQz>
34. Marsden J. Preserving vision and promoting visual health in older people. *Nursing Older People* [Internet]. 2017 [citado el 6 de Abr. de 2018]; 29 (6): 22-26. Disponible en: <https://bit.ly/2uQ1iX3>
35. Hernández Galiot A, Goñi Cambrodón I. Calidad de la dieta de la población española mayor de 80 años no institucionalizada. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015 [citado el 7 de Abr. de 2018]; 31 (6): 2571-2577. Disponible en: <https://bit.ly/2GKcvdj>

36. El-Abbadi NH, Dao MC, Meydani SN. Yogurt: role in healthy and active aging. Am J Clin Nutr [Internet]. 2014 [citado el 7 de Abr. de 2018]; 99 (5): 1263S-70S. Disponible en: <https://bit.ly/2HiOTO8>
37. Gille D, Bütikofer U, Chollet M, Schmid A, Altintzoglou T, Honkanen P, et al. Nutrition behavior of the middle – aged and elderly: Compliance with dietary recommendations of the food pyramid. Clinical Nutrition [Internet]. 2016 [citado el 8 de Abr. de 2018]; 35: 638-644. Disponible en: <https://bit.ly/2uRT1Sx>
38. Pilgrim A, Robinson S, Sayer AA, Roberts H. An overview of appetite decline in older people. Nurs Older People [Internet]. 2015 [citado el 7 de Abr. de 2018]; 27 (5): 29-35. Disponible en: <https://bit.ly/2Epn6It>
39. Bruce ML. Caring for depression in older home health patients. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv [Internet]. 2017 [citado el 8 de Abr. de 2018]; 53 (11): 1-8. Disponible en: <https://bit.ly/2GHa7bb>
40. Pinheiro da Costa N, Isse Polaro SH, Caliari Vahl EA, Takase Gonçalves LH. Storytelling: a care technology in continuing education for active ageing. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [citado el 13 de Abr. de 2018]; 69 (6): 1132-1139. Disponible en: <https://bit.ly/2GVBTdM>
41. Lopes Munhoz O, Kosloski Ramos T, Moro B, Simões Timm M, Venturini L, Cremonese L, et al. Health bingo workshop: an educational experience in health with elderly groups. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2016 [citado el 13 de Abr. de 2018]; 20: 1-6. Disponible en: <https://bit.ly/2Hx7Qwy>
42. Sánchez Guio T, Barranco Obis P, Millán Vicente A, Fornies Baquedano ME. La musicoterapia como indicador de mejora de la calidad de vida en un envejecimiento activo. Metas Enferm [Internet]. 2017 [citado el 8 de Abr. de 2018]; 20 (7): 24-31. Disponible en: <https://bit.ly/2EujepS>
43. Jiménez MG, Izal M, Montorio I. Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. Suma Psicol [Internet]. 2016 [citado el 8 de Abr. de 2018]; 23 (1): 51-59. Disponible en: <https://bit.ly/2Euzbfl>
44. Tortosa Salazar V, Rodríguez Martínez MM, Rodríguez Porcel MD. Nuevas tecnologías y Ocio en la Tercera edad. Hacia un Envejecimiento Activo. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2016 [citado el 8 de Abr. de 2018]; 25: 1-7. Disponible en: <https://bit.ly/2JvlhO4>

45. Valcarengh RV, Lourenço LFL, Siewert JS, Alvarez AM. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2015 [citado el 15 de Abr. de 2018]; 68 (4): 618-625. Disponible en: <https://bit.ly/2EL7PSE>
46. Paggi ME, Jopp D, Hertzog C. The Importance of Leisure Activities in the Relationship between Physical Health and Well-Being in a Life Span Sample. *Gerontology* [Internet]. 2016 [citado el 15 de Abr. de 2018]; 62 (4): 450-58. Disponible en: <https://bit.ly/2HCSzKC>
47. Richard E, Jongstra S, Soininen H, Brayne C, Moll van Charante EP, Meiller Y, et al. Healthy Ageing Through Internet Counselling in the Elderly: the HATICE randomised controlled trial for the prevention of cardiovascular disease and cognitive impairment. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [citado el 8 de Abr. de 2018]; 6 (6): 1-10. Disponible en: <https://bit.ly/2Jwl7ps>
48. Jenaro C, Flores N, Cruz M, Moro L, Pérez C. Eficacia de los mensajes de texto para el cuidado de la salud en población mayor. *Gerokomos* [Internet]. 2016 [citado el 9 de Abr. de 2018]; 27 (2): 42-47. Disponible en: <https://bit.ly/2GLoU4O>
49. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology* [Internet]. 2015 [citado el 8 de Abr. de 2018]; 62 (4): 443-9. Disponible en: <https://bit.ly/2Evi3Gp>
50. Pont Boix J. El reto de conectar con las necesidades reales de las personas mayores y fomentar un envejecimiento activo y saludable: inspiración en iniciativas actuales. *Inf. Psiquiatr* [Internet]. 2016 [citado el 13 de Abr. de 2018]; (224): 67-84. Disponible en: <https://bit.ly/2GVXmWg>
51. Black K, Dobbs D, Young TL. Aging in community: mobilizing a new paradigm of older adults as a core social resource. *J Appl Gerontol* [Internet]. 2015 [citado el 15 de Abr. de 2018]; 34 (2): 219-243. Disponible en: <https://bit.ly/2H1GjIA>
52. Ferreira Santos L, Almeida Cavalcante Oliveira LM, Alves Barbosa M, Pires Nunes D, Visconde Brasil V. Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud. *Enf Global* [Internet]. 2015 [citado el 13 de Abr. de 2018]; 14 (4): 1-11. Disponible en: <https://bit.ly/2JHpfFw>
53. Marques LP, Schneider IJC, d'Orsi E. Quality of life and its association with work, the Internet, participation in groups and physical activity among the elderly from the EpiFloripa survey, Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saude*

- Publica [Internet]. 2016 [citado el 14 de Abr. de 2018]; 32 (12): 1-11. Disponible en: <https://bit.ly/2qvGRcE>
54. Ferri Sanz M, Durá Ferrandis E, Garcés Ferrer J. El turismo como estrategia de envejecimiento activo y saludable: efectos del turismo en la salud de las personas mayores. Aten Primaria [Internet]. 2014 [citado el 16 de Abr. de 2018]; 47 (8): 547-8. Disponible en: <https://bit.ly/2qDHwZo>
 55. Leahy LG. Caution is key when prescribing for older adults. Journal of Psychosocial Nursing [Internet]. 2017 [citado el 31 de Mar. de 2018]; 55 (12): 7-10. Disponible en: <https://bit.ly/2GJ89X2>
 56. Brandt NJ. Optimizing Medication Use Through Deprescribing: Tactics for This Approach. J Gerontol Nurs [Internet]. 2016 [citado el 31 de Mar. de 2018]; 42 (1): 10-14. Disponible en: <https://bit.ly/2GrhAqT>
 57. Scrutton J, Sinclair D, Walker T. Improving access to adult vaccination: a tool for healthy ageing. Working with Older People [Internet]. 2014 [citado el 31 de Mar. de 2018]; 18 (2): 58-66. Disponible en: <https://bit.ly/2Gr8ZIs>
 58. Canhestro A, Basto M. Envejecimiento de la Salud: Promoción estilo de vida saludable en el Alentejo. Pensar Enferm [Internet]. 2016 [citado el 18 de Abr. de 2018]; 20 (1). Disponible en: <https://bit.ly/2EXEtAo>
 59. Vargas Chaves S, Fernández Chaves JJ. Efectividad de la atención domiciliar de enfermería en el mejoramiento del autocuidado de personas adultas mayores. Rev Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2014 [citado el 16 de Abr. de 2018]; 27: 1-11. Disponible en: <https://bit.ly/2vgmGFb>
 60. Lee G, Pickstone N, Facultad J, Titchener K. The future of community nursing: Hospital in the Home. British Journal of Community Nursing [Internet]. 2017 [citado el 18 de Abr. de 2018]; 22 (4): 174-180. Disponible en: <https://bit.ly/2J57b4U>
 61. Mattke S, Han D, Wilks A, Sloss E. Medicare Home Visit Program Associated With Fewer Hospital And Nursing Home Admissions, Increased Office Visits. Health Affairs [Internet]. 2015 [citado el 18 de Abr. de 2018]; 34 (12): 1-11. Disponible en: <https://bit.ly/2J7iVnE>
 62. Björk S, Lindkvist M, Wimo A, Juthberg C, Bergland Å, Edvardsson D. Residents' engagement in everyday activities and its association with thriving in nursing

- homes. J Adv Nurs [Internet]. 2017 [citado el 16 de Abr. de 2018]; 73 (8): 1884-1895. Disponible en: <https://bit.ly/2qBpW8A>
63. Sánchez García AD, Mansilla Calleja E, Adame Fernández S, Valero Ayala L, Barro Lug A. Envejecimiento Activo y Saludable en Centros Residenciales: Escuela de Salud y Bienestar. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2017 [citado el 16 de Abr. de 2018]; (26). Disponible en: <https://bit.ly/2HIDTtD>
64. Song M, Seo K, Choi S, Choi J, Ko H, Lee SJ. Seniors centre-based health intervention programmes in the United States and South Korea: A systematic review. International Journal of Nursing Practice [Internet]. 2017 [citado el 16 de Abr. de 2018]; 23 (5): 1-17. Disponible en: <https://bit.ly/2HDNuBN>
65. Alana Gonçalves X, Renata Clemente dos S. Living centers while a health promotion strategy for the elderly: case studies. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2014 [citado el 16 de Abr. de 2018]; 8 (10): 3555-8. Disponible en: <https://bit.ly/2HqGCKl>
66. García Sáez M, Carriazo AM, Alonso Trujillo F, Gálvez Daza P, Martínez Domene M. Consorcio europeo para la innovación del envejecimiento activo y saludable - EIPonAHA- actuaciones en servicios sociales de Andalucía. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2017 [citado el 18 de Abr. de 2018]; (26). Disponible en: <https://bit.ly/2HHRL7e>

ANEXOS

Anexo I: estrategias de búsqueda.

	Estrategia de búsqueda	Filtros de búsqueda	Nº artículos encontrados	Selección título	Contenido resumen	Lectura completa	Repetidos
PubMed	"Healthy Aging"[Mesh]	English/Spanish 5 years Aged: 65+ years Abstract	32	12	8	7	-
	("Healthy Aging"[Mesh]) AND "Health Education"[Mesh]	English/Spanish 5 years Aged: 65+ years Abstract	4	3	-	-	Repetidos de la 1º búsqueda
	("Aging"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh]	English/Spanish 5 years Aged: 65+ years Abstract	52	14	5	5	-
	("Aging"[Mesh]) AND "Health Resources"[Mesh]	English/Spanish 5 years Aged: 65+ years Abstract	17	4	4	1	-
	("Aging"[Mesh]) AND "Health Education"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh]	English/Spanish 5 years Aged: 65+ years Abstract	4	3	0	-	Artículos 1 y 4
	("Aged"[Mesh]) AND "Health Resources"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh]	English/Spanish 5 years Aged: 65+ years Abstract	4	0	0	-	-

LILACS	Estrategia de búsqueda	Filtros de búsqueda	Nº artículos encontrados	Selección título	Contenido resumen	Lectura completa	Repetidos
	Envejecimiento activo AND Envejecimiento saludable	English/Spanish 5 years	21	14	9	7	-
	Envejecimiento saludable AND Cuidado de enfermería	English/Spanish 5 years	3	2	1	1	-
	Envejecimiento AND Recursos sanitarios	English/Spanish 5 years	15	4	2	0	-
	Envejecimiento AND Educación en salud AND Enfermería	English/Spanish 5 years	13	7	3	3	-

CUIDEN	Estrategia de búsqueda	Filtros de búsqueda	Nº artículos encontrados	Selección título	Contenido resumen	Lectura completa	Repetidos
	("envejecimiento") AND (("activo") AND ("saludable"))	2014-2018	14	7	3	3	2 artículos repetidos
	("envejecimiento") AND ("activo")	2014-2018	35	13	2	2	8 artículos repetidos
	("envejecimiento") AND ("saludable")	2014-2018	26	8	1	1	7 artículos repetidos
	("envejecimiento") AND ("promocion")	2014-2018	43	12	2	2	9 artículos repetidos
	("envejecimiento") AND (("educacion en salud"))))	2014-2018	26	4	-	-	4 artículos repetidos
	("envejecimiento" AND "recursos")	2014-2018	16	0	-	-	-
	("envejecimiento") AND (("enfermería") AND ("intervenciones"))	2014-2018	19	1	1	0	-

CINAHL	Estrategia de búsqueda	Filtros de búsqueda	Nº artículos encontrados	Selección título	Contenido resumen	Lectura completa	Repetidos
	healthy aging AND active aging	Resumen disponible 2014-2018 Inglés y/o Español Aged: 65+ years Remove: aged, 80 & over	21	10	9	6	-
	healthy aging AND active aging AND nursing	Resumen disponible 2014-2018 Inglés y/o Español Aged: 65+ years Remove: aged, 80 & over	3	1	-	-	Artículo repetido
	healthy aging AND nursing	Resumen disponible 2014-2018 Inglés y/o Español Aged: 65+ years Remove: aged, 80 & over	13	6	3	0	Artículo repetido
	(active aging or active ageing) AND nursing	Resumen disponible 2014-2018 Inglés y/o Español Aged: 65+ years Remove: aged, 80 & over	11	6	2	1	2 artículos repetidos
	aging AND health promotion AND nursing	Resumen disponible 2014-2018 Inglés y/o Español Aged: 65+ years Remove: aged, 80 & over	24	6	4	2	Artículo repetido

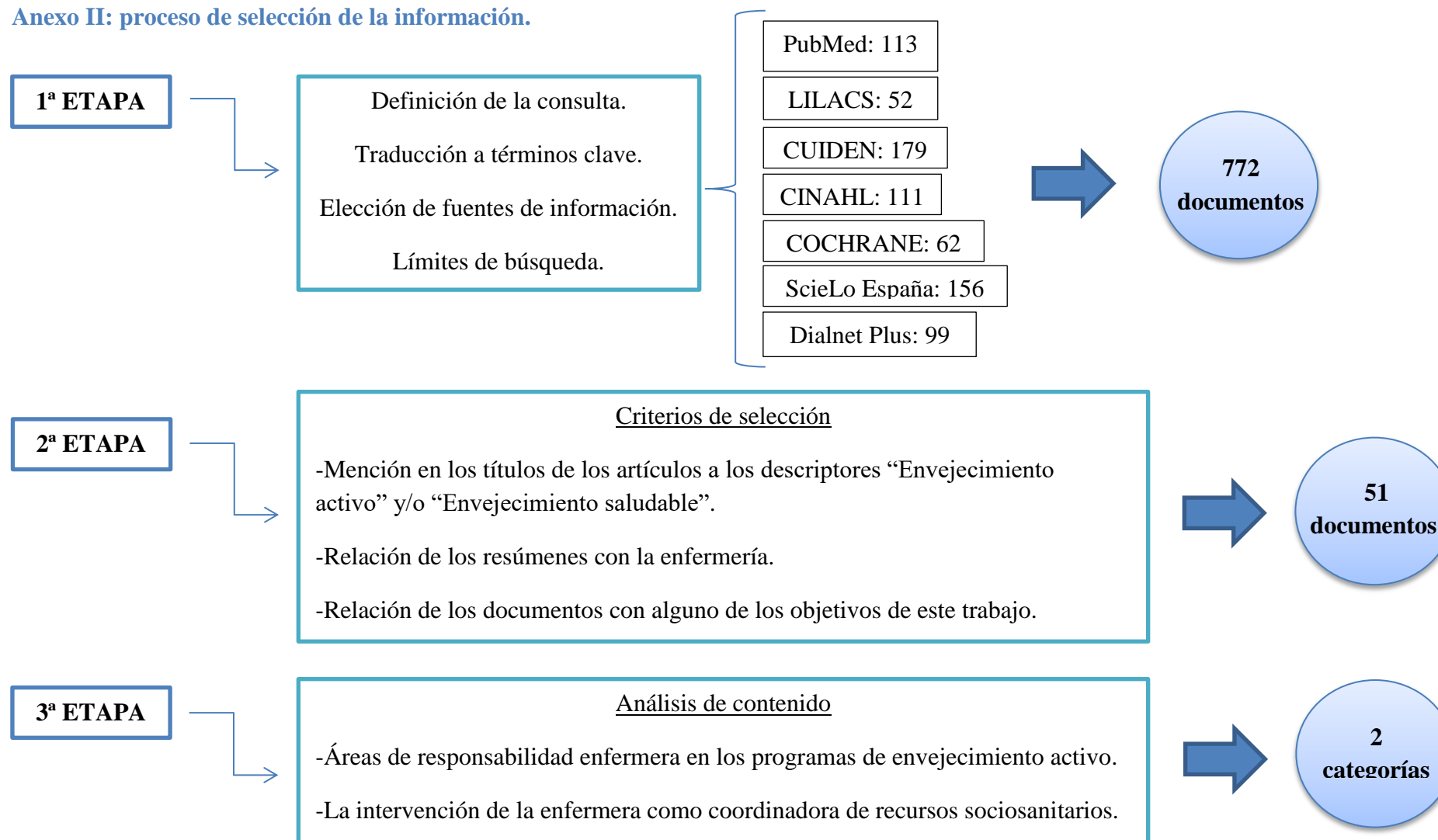
CINAHL	Estrategia de búsqueda	Filtros de búsqueda	Nº artículos encontrados	Selección título	Contenido resumen	Lectura completa	Repetidos
	aging AND health resources AND nursing	Resumen disponible 2014-2018 Inglés y/o Español Aged: 65+ years Remove: aged, 80 & over	24	5	2	2	2 artículos repetidos
	aging AND health education AND nursing	Resumen disponible 2014-2018 Inglés y/o Español Aged: 65+ years Remove: aged, 80 & over	15	3	-	-	Artículos repetidos

COCHRANE	Estrategia de búsqueda	Filtros de búsqueda	Nº artículos encontrados	Selección título	Contenido resumen	Lectura completa	Repetidos
	Healthy aging AND Active aging AND Nursing	Año publicación: 2014-2018	12	3	0	-	-
	MeSH descriptor: [Aging] AND MeSH descriptor: [Nursing Care]	Año publicación: 2014-2018	2	0	-	-	-
	Aging AND Nursing care AND Health promotion	Año publicación: 2014-2018	7	4	1	0	1 artículo repetido
	Aging AND Health resources and services administration	Año publicación: 2014-2018	4	0	-	-	-
	Aging AND Health education AND Nursing care	Año publicación: 2014-2018	37	1	1	1	-

ScieLo España	Estrategia de búsqueda	Filtros de búsqueda	Nº artículos encontrados	Selección título	Contenido resumen	Lectura completa	Repetidos
	envejecimiento AND activo AND saludable	2014-2018	6	3	1	0	2 artículos repetidos
	envejecimiento AND saludable	2014-2018	16	5	2	2	3 artículos repetidos
	envejecimiento AND activo	2014-2018	16	4	1	0	3 artículos repetidos
	envejecimiento AND enfermería	2014-2018	61	3	0	-	1 artículo repetido
	Envejecimiento AND promoción	2014-2018	15	4	-	-	4 artículos repetidos
	Envejecimiento AND recursos	2014-2018	15	0	0	-	-
	Envejecimiento AND educación	2014-2018	27	0	0	-	-

Dialnet Plus	Estrategia de búsqueda	Filtros de búsqueda	Nº artículos encontrados	Selección título	Contenido resumen	Lectura completa	Repetidos
	envejecimiento activo AND envejecimiento saludable AND enfermería	Español e inglés 2014-2018 Materia: Ciencias de la Salud	17	8	3	2	1 artículo repetido de otra base de datos
	envejecimiento activo y saludable AND recursos sanitarios	Español e inglés 2014-2018 Materia: Ciencias de la Salud	10	2	1	0	-
	envejecimiento activo y saludable AND promoción	Español e inglés 2014-2018 Materia: Ciencias de la Salud	24	10	5	1	2 artículos repetidos
	envejecimiento activo y saludable AND educación para la salud	Español e inglés 2014-2018 Materia: Ciencias de la Salud	13	3	0	-	2 artículos repetidos
	envejecimiento activo y saludable AND programas de salud	Español e inglés 2014-2018 Materia: Ciencias de la Salud	35	8	3	2	5 artículos repetidos

Anexo II: proceso de selección de la información.



Anexo III: Tabla 1: características de los artículos seleccionados para el análisis.

Año	País	Título	Autor	Diseño	Resumen
2018	Australia	Yarning about fall prevention: community consultation to discuss falls and appropriate approaches to fall prevention with older Aboriginal and Torres Strait Islander people.	Lukaszyc C, et al.	Estudio cualitativo	Conforme avanza la edad, aumenta el riesgo de caídas y sus consecuencias. “Yarning Circles” es un método que permite conocer las historias y experiencias de sus participantes para poder elaborar programas de prevención que respondan a las necesidades y prioridades de estas personas.
2017	UK	Preserving vision and promoting visual health in older people.	Marsden J.	Revisión narrativa	Con la llegada de la edad, la pérdida de visión se acentúa, reduciendo la calidad de vida. Una pronta detección se hace vital para preservar la vista y la independencia. Se debe animar a las personas mayores a hacerse revisiones cada año para evitar también así las caídas que guardan una relación directa con la pérdida de visión.
2017	EEUU	Beyond calories: an integrated approach to promote health, longevity and well-being.	Bertozzi B, et al.	Revisión narrativa	Para promocionar un completo estado de bienestar físico, mental y social se ha de intervenir en los ámbitos de la nutrición, el ejercicio físico, el entrenamiento cognitivo, el sueño-descanso, la meditación, las relaciones sociales y el medio ambiente.
2017	EEUU	Caution is key when prescribing for older adults.	Leahy LG.	Revisión narrativa	La sociedad mayor actual está polimedicada; las medicaciones consumidas provocan efectos adversos que pueden derivar en hospitalización. Se hace imprescindible revisar las listas de medicación de los pacientes ancianos.
2017	Suecia	Residents’ engagement in everyday activities and its association with thriving in nursing homes.	Björk S, et al.	Estudio transversal	La inclusión de personas mayores institucionalizadas en actividades como, recibir visitas o ver la televisión, es satisfactoria, ya que así se mantienen socialmente conectadas, mejorando su humor, y reduciendo su agitación y su pasividad.
2017	España	Envejecimiento Activo y Saludable en Centros Residenciales: Escuela de Salud y Bienestar.	Sánchez García AD, et al.	Programa de EpS	La Fundación SARquavita crea la Escuela de Salud y Bienestar en centros residenciales con el objetivo de compartir conocimientos de promoción de la salud a través de talleres, charlas y seminarios.

Año	País	Título	Autor	Diseño	Resumen
2017	EEUU	Caring for depression in older home health patients.	Bruce M.	Revisión narrativa	La depresión, común en personas mayores que necesitan cuidados en sus domicilios, se manifiesta con menores niveles de energía, problemas para dormir, disminución del apetito, de la concentración,... La enfermería con el protocolo “Depression CAREPATH” puede identificar el problema, estar en contacto permanente con el paciente para derivarle, si precisara, a otro especialista, evaluar la eficacia y adherencia a la medicación prescrita, educar al paciente y su familia, y motivar a estas personas para mantenerlas activas y con buen humor.
2017	España	Envejecimiento Activo. Programa interinstitucional en el municipio de Vélez-Málaga.	Nebrera Parra G, et al.	Programa de EpS	Programas de Envejecimiento Activo dirigidos a promocionar la salud, prevenir enfermedades y facilitar un acceso equitativo tanto a atención primaria como a servicios de cuidados de larga evolución. Cuentan con la integración y coordinación de los servicios de salud y los servicios sociales. Se adaptan a las necesidades que presenta la población mayor.
2017	España	Consortio Europeo para la innovación del Envejecimiento Activo y Saludable – EIPonAHA – actuaciones en servicios sociales de Andalucía.	García Sáez M, et al.	Programa de EpS	La Red del Consorcio Innovador Europeo para el Envejecimiento Activo y Saludable ha seleccionado a Andalucía como un sitio de referencia ya que ha propuesto múltiples proyectos como: Servicio Andaluz de Teleasistencia, Tarjeta Andalucía Junta Sesentaycinco,...
2017	España	La musicoterapia como indicador de mejora de la calidad de vida en un envejecimiento activo.	Sánchez Guio T, et al.	Revisión narrativa	La musicoterapia es una alternativa no farmacológica que puede usar enfermería para lograr un envejecimiento activo ya que disminuye la agitación, el estrés y la depresión; mejora la relajación y la respuesta emocional positiva en pacientes con demencia; aumenta el rendimiento de la marcha y movilidad,... No implica complicaciones graves.
2017	España	Paseo terapéutico: tratamiento eficaz para la persona mayor frágil.	De Dios Aguado M, et al.	Estudio cuasi-experimental	La inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad mundial. Se recomienda en personas mayores realizar 30 min de actividad física moderada 5 veces a la semana. Se plantearon los paseos terapéuticos con personas voluntarias, consiguiendo una mejor condición física, interacción social y autocuidado, y un menor aislamiento y soledad.

Año	País	Título	Autor	Diseño	Resumen
2017	UK	The future of community nursing – Hospital in the Home.	Lee GA, et al.	Programa de EpS	“Hospital in the Home” es un programa destinado a evitar ingresos hospitalarios, permitiendo permanecer a los pacientes con enfermedades agudas en sus casas, obteniendo atención enfermera, fisioterapéutica y de terapia ocupacional. Se ha comprobado la satisfacción de los pacientes y la reducción de la mortalidad, los reingresos y los costes con este tipo de programa. Además, se ofrecen cuidados paliativos.
2017	Corea del Sur	Seniors centre-based health intervention programmes in the United States and South Korea: A systematic review.	Song M, et al.	Revisión narrativa	Los centros para mayores, dirigidos fundamentalmente por enfermería, permiten a los ancianos mantenerse activos y conectados con la comunidad. Se consideran los más adecuados para llevar a cabo programas de promoción de la salud que deben dar conocimiento pero también modificar el comportamiento y adherencia de las personas mayores a estilos de vida saludables.
2016	EEUU	Optimizing medication use through deprescribing.	Brandt NJ.	Revisión narrativa	El término <i>Deprescribing</i> hace referencia al proceso de identificación y disminución del consumo de los medicamentos que suponen más efectos negativos que positivos en el paciente. La enfermería es vital para evitar problemas relacionados con la medicación.
2016	EEUU	The importance of leisure activities in the relationship between physical health and well-being in a life span simple.	Paggi ME, et al.	Estudio transversal	Los adultos deben participar en actividades de ocio para mantener su bienestar. Estas actividades deben adecuarse a la condición física que tengan los participantes, promoviendo así su participación.
2016	UK	Healthy Ageing Through Internet Counselling in the Elderly: the HATICE randomised controlled trial for the prevention of cardiovascular disease and cognitive impairment.	Richard E, et al.	Ensayo controlado aleatorizado	Las enfermedades cardiovasculares y la demencia tienen factores de riesgo en común. Se pretende averiguar si la estrategia “HATICE” con una plataforma en internet que ofrece múltiples opciones a las personas mayores, mejora el manejo de los factores de riesgo cardiovascular para así reducir este tipo de enfermedades y el deterioro cognitivo.
2016	España	Eficacia de los mensajes de texto para el cuidado de la salud en población mayor.	Jenaro C, et al.	Estudio mixto cuantitativo – cualitativo	Comparación entre una intervención de envío de SMS para motivar estilos de vida saludables en población mayor y una intervención tradicional presencial.

Año	País	Título	Autor	Diseño	Resumen
2016	España	Nuevas tecnologías y ocio en la tercera edad. Hacia un Envejecimiento Activo.	Tortosa Salazar V, et al.	Estudio cuantitativo descriptivo transversal	¿Cuál es la actitud de los mayores con las nuevas tecnologías? Estas herramientas ofrecen muchas oportunidades de ocio. La enfermería debe potenciar el aprendizaje y uso de estos avances en la población mayor, reduciendo el fenómeno conocido como “brecha tecnológica”.
2016	España	Enfermería en la Promoción del Envejecimiento Activo.	Villamor Ruiz EM, et al.	Revisión narrativa	Importancia de ofrecer una buena calidad de vida a las personas mayores y promover un estilo de vida saludable, consiguiendo un envejecimiento activo y atrasando el sedentarismo.
2016	Portugal	Envejecimiento de la Salud: Promoción estilo de vida saludable en el Alentejo.	Canhestro A, et al.	Estudio cualitativo	Los enfermeros comunitarios son elementos clave en el desarrollo de intervenciones promotoras de salud en todas las fases del ciclo vital. Es necesario reforzar que las intervenciones preventivas puedan llegar a poblaciones de buena salud, así como las intervenciones de promoción de la salud puedan dirigirse a las personas con enfermedad crónica. También es primordial el adecuado diagnóstico de las necesidades de salud como base para la planificación de las intervenciones.
2016	Perú	El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería.	Leiton Espinoza ZE.	Revisión narrativa	El envejecimiento saludable pretende prevenir enfermedades crónicas o asegurar una detección temprana, promover comportamientos que mejoren la capacidad funcional, la participación social,... todo ello está en manos de enfermería cuya principal estrategia es el autocuidado.
2016	España	El reto de conectar con las necesidades reales de las personas mayores y fomentar un envejecimiento activo y saludable: inspiración en iniciativas actuales.	Pont Boix J.	Revisión narrativa	Se plantean iniciativas que relacionan la solidaridad intergeneracional con el envejecimiento activo y saludable para eliminar el aislamiento, reforzar el bienestar, la salud y la autoestima, así como las habilidades entre los jóvenes.
2016	Brasil	Storytelling: a care technology in continuing education for active ageing.	Pinheiro da Costa N, et al.	Programa de EpS	La “Narración de historias” es una intervención de educación para la salud que permite reforzar la identidad, la memoria y la creación. Los participantes eligen una historia que contar y practican su representación que se graba junto con las opiniones del público sobre las aportaciones que tiene esa historia para la vida diaria.

Año	País	Título	Autor	Diseño	Resumen
2016	España	Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva.	Jiménez MG, et al.	Estudio experimental	Empleando las intervenciones positivas se pretende alcanzar una vida feliz, saludable, productiva y significativa. Estas intervenciones, aplicándolas al ámbito del envejecimiento activo, se basan en afrontar los cambios de la vejez e impulsar experiencias emocionales positivas, en base al principio de reestructuración cognitivo-conductual.
2016	Brasil	Active aging: necessary reflections for nurse/health professionals.	Ilha S, et al.	Revisión narrativa	Los profesionales de la salud deben reconocer los aspectos individuales y colectivos de la sociedad para fomentar un envejecimiento saludable. Factores que contribuyen al envejecimiento activo: actividad física, familia, trabajo, participación en la iglesia, autoestima,... Se necesita un trabajo multidisciplinar e interdisciplinar que promueva la actividad física y una dieta saludable, la creación de grupos comunitarios,...
2016	Brasil	Health bingo workshop: an educational experience in health with elderly groups.	Lopes Munhoz O, et al.	Programa de EpS	El proyecto “Acampavida” propone un conjunto de talleres lúdico pedagógicos llamados “Bingo de la salud” que se basan en una metodología participativa. Se reparten cartones con imágenes relacionadas con aspectos de la vida que permiten desarrollar un debate de experiencias y conocimientos, haciendo de esta actividad una muy buena intervención de educación para la salud.
2016	Brasil	Quality of life and its association with work, the Internet, participation in groups and physical activity among the elderly from the EpiFloripa survey, Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil.	Pruner Marques L, et al.	Estudio transversal	Estudio que tiene el objetivo de conocer cómo ciertos factores afectan a la calidad de vida de la población mayor. Estos factores son: vivir con la familia, participación en actividades sociales (iglesia, grupos,...), trabajar, usar internet, hacer ejercicio físico,...
2016	Brasil	Nursing clinical practice in the frail elderly care: reflection study.	Lira Borges C, et al.	Revisión narrativa	El papel de la enfermería es primordial para abarcar el síndrome de fragilidad del anciano, pues puede proponer estrategias dentro de la actividad física, la dieta saludable y dentro de la supervisión de la medicación de esta población, en su mayoría, polimedicada.

Año	País	Título	Autor	Diseño	Resumen
2016	Francia	Health benefits of aerobic training programs in adults aged 70 and over: a systematic review.	Bouaziz W, et al.	Revisión narrativa	El sedentarismo es causa de la mayoría de enfermedades crónicas. Por ello, la actividad física y, en concreto, el entrenamiento aeróbico, es una buena forma de conseguir un envejecimiento activo, con beneficios a nivel cardiorrespiratorio, circulatorio, metabólico y cognitivo.
2016	UK	Updating the evidence for physical activity: Summative reviews of the epidemiological evidence, prevalence, and interventions to promote “active aging”.	Bauman A, et al.	Revisión narrativa	Para conseguir un envejecimiento activo se ha de aumentar la actividad física con ejercicios aeróbicos, de fuerza muscular y de equilibrio. Además, en estas intervenciones se ha de incluir información audiovisual, teoría del comportamiento y recursos motivacionales.
2015	EEUU	Loneliness and health in older adults: a mini – review and synthesis.	Ong AD, et al.	Revisión narrativa	Relación entre las relaciones sociales y la promoción de la salud física y mental. Describe las escalas para medir la soledad, su prevalencia, factores de riesgo, consecuencias e intervenciones para paliarla.
2015	UE	Nutrition behavior of the middle-aged and elderly: Compliance with dietary recommendations of the food pyramid.	Gille D, et al.	Estudio descriptivo	Para un envejecimiento saludable es imprescindible tanto la actividad física como una dieta variada y equilibrada. Elementos, como la Pirámide de la Alimentación, no son útiles para explicar a la población recomendaciones nutricionales; se hacen necesarias otras estrategias.
2015	EEUU	Aging in community: Mobilizing a new paradigm of older adults as a core social resource.	Black K, et al.	Estudio cualitativo	Para promocionar un envejecimiento con dignidad e independencia se ha de involucrar a la población mayor en actividades de voluntariado o trabajo, valorando su contribución en la sociedad; permitir que envejecan en su hogar; acabar con el edadismo; ofrecer acceso a la información a través de las nuevas tecnologías; un buen transporte público y calles adaptadas a sus necesidades, evitando su aislamiento.
2015	UE	An overview of appetite decline in older people.	Pilgrim A, et al.	Revisión narrativa	En la población mayor es común la falta de apetito que puede derivar en deficiencias nutricionales y pérdida de peso. La enfermera ha de identificar a estos pacientes para tratar cuanto antes la causa.
2015	España	Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud.	Ferreira L, et al.	Estudio cuantitativo	La participación en un programa de promoción de la salud mejora la condición física y psicosocial al permitir a los mayores seguir hábitos saludables, hacer ejercicio físico y participar en la sociedad.

Año	País	Título	Autor	Diseño	Resumen
2015	España	Calidad de la dieta de la población española mayor de 80 años no institucionalizada.	Hernández Galiot A, et al.	Estudio longitudinal	La población mayor no institucionalizada y autónoma suele correr riesgo de malnutrición. Se determina la calidad de la dieta de una población mayor para, posteriormente, proponer intervenciones que fomenten la adquisición de hábitos alimentarios saludables.
2015	España	Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor. Volumen I. – CAP. 9: Promoción del envejecimiento activo.	Moral Lechuga MC, et al.	Revisión narrativa	La promoción del envejecimiento activo implica una participación de toda la sociedad. A nivel sanitario, se debe adoptar una perspectiva de ciclo vital orientado a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración.
2015	UK	Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community.	Kendrick D, et al.	Revisión narrativa	Las caídas son una importante causa de morbilidad en la población mayor. Además, el miedo a sufrirlas puede generar una limitación de las actividades y una pérdida de independencia y de contacto social. La actividad física se considera clave para reducir este miedo a las caídas.
2015	Brasil	Nursing scientific production on health promotion, chronic condition and aging.	Valcarengi RV, et al.	Revisión narrativa	La promoción de la salud es una estrategia enfermera esencial para afrontar las enfermedades crónicas. Se debe motivar a los mayores a vivir con su enfermedad fomentando estilos de vida saludables y actividades lucrativas que los mantengan activos y conectados con la sociedad. No olvidar la posibilidad de empoderar a los ancianos haciéndoles más independientes en su autocuidado.
2015	EEUU	Medicare home visit program associated with fewer hospital and nursing home admissions, increased office visits.	Mattke S, et al.	Programa de salud	“House Calls” es un programa de salud dirigido a personas con enfermedades crónicas que brinda una visita domiciliaria anual por un médico o enfermero para evaluar el estado de salud, la medicación, el posible riesgo de depresión, desnutrición,... Tras esto, el paciente recibe unas recomendaciones que debe plantear a su centro de salud. Este programa está coordinado con atención primaria, atención especializada y múltiples servicios. Su aplicación disminuye los ingresos, las institucionalizaciones y aumenta las visitas al centro de salud.

Año	País	Título	Autor	Diseño	Resumen
2014	España	Los parques de mayores: análisis y propuestas de intervención.	Lopera Lucena I.	Ensayo	Los parques geriátricos son espacios verdes con aparatos para ejercitar diferentes grupos musculares. Promocionan las relaciones sociales, el entretenimiento y mejoran la fuerza muscular, coordinación, rango de movimiento, respiración y función cardiovascular. No causan cambios significativos en la salud y calidad de vida de los mayores.
2014	Costa Rica	Efectividad de la atención domiciliaria de enfermería en el mejoramiento del autocuidado de personas adultas mayores.	Vargas Chaves S, et al.	Revisión narrativa	La atención primaria es el primer contacto entre la comunidad y los sistemas de salud. Las personas mayores que reciben visita domiciliaria de enfermería con el objetivo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad salen beneficiadas, pues mejoran su autocuidado, su empoderamiento y disminuyen sucesos adversos como caídas.
2014	Brasil	Living centers while a health promotion strategy for the elderly: case studies.	Gonçalves Xavier A, et al.	Estudios de casos	Se hace necesaria la existencia de espacios sociales donde las personas mayores puedan crear redes desarrollando su potencial. Lugares donde poder realizar en grupo actividades relacionadas con la salud y el ocio.
2014	España	El turismo como estrategia de envejecimiento activo y saludable: efectos del turismo en la salud de las personas mayores.	Ferri Sanz M, et al.	Estudio correlacional	Los mayores que viajan tienen mejor salud física y mental así como una mayor capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Además, se realizan menos pruebas diagnósticas, usan menos el sistema de urgencias y el trabajo de un cuidador.
2014	España	Sarcopenia, envejecimiento y actividad física.	Plaza Carmona M, et al.	Revisión narrativa	El envejecimiento está relacionado con la obesidad, la osteoporosis y la sarcopenia. La sarcopenia está relacionada con una disminución en la calidad de vida y aumento de mortalidad. Se asocia con una menor fuerza muscular y resistencia, de ahí la importancia de la promoción de la actividad física que aumenta la autonomía y mejora la autoimagen.
2014	Colombia	Efectividad de una intervención para reducir el miedo a caer en las personas mayores.	Meléndez Moral JC, et al.	Estudio cuasi-experimental	Programa que combina ejercicio físico con educación sanitaria para reducir el miedo a caerse en personas mayores con historia previa de caída. Una mejor condición física conlleva una reducción de caídas, lo que permite llevar a cabo un estilo de vida saludable, una disminución de la ansiedad y una mejora del equilibrio.

Año	País	Título	Autor	Diseño	Resumen
2014	España	Beneficios del entrenamiento de fuerza para la prevención y tratamiento de la sarcopenia.	Padilla Colón CJ, et al.	Revisión narrativa	La sarcopenia está relacionada con la discapacidad física, la calidad de vida deficiente y la mortalidad. Como tratamiento destaca el entrenamiento de la fuerza.
2014	UK	Improving access to adult vaccination: a tool for healthy ageing.	Scrutton J, et al.	Revisión narrativa	La vacunación forma parte del envejecimiento activo y saludable. “Prevenir es mejor que curar” y, por ello, los profesionales sanitarios deben asegurarse de que sus pacientes ancianos estén debidamente vacunados. Además, debe existir información accesible y fácil en relación a la inmunización para conseguir que la población no solo tenga el conocimiento adecuado sobre ella, sino el deseo de vacunarse.
2014	EEUU	Yogurt: role in healthy and active aging.	Hani El-Abbadi N, et al.	Revisión narrativa	El consumo de yogur ha demostrado tener grandes beneficios para la población mayor gracias a sus componentes. Beneficios como disminuir el riesgo de osteoporosis, caídas, sarcopenia, obesidad, enfermedades crónicas, cardiovasculares, infecciosas y deterioro cognitivo.
2014	Países Bajos	Dietary protein considerations to support active aging.	Wall BT, et al.	Revisión narrativa	La pérdida de masa muscular aumenta el riesgo de caídas, enfermedades metabólicas,... Incluso los ancianos activos que entrenan ejercicios de resistencia pueden padecer esta pérdida. De ahí la importancia de la nutrición y, en concreto, del consumo de proteínas. Para vencer la resistencia anabólica combinar la nutrición con el ejercicio físico.
2014	Alemania	What do targeting positive views on ageing add to a physical activity intervention in older adults? Results from a randomised controlled trial.	Wolff JK, et al.	Ensayo controlado aleatorizado	Para evitar estilos de vida sedentarios en la población mayor se deben tener en cuenta las ideas que tienen los mayores acerca de ellos mismos, acerca del envejecimiento. Los comportamientos que se llevan a cabo están influenciados por la visión que se tiene sobre la vejez, por ello, para alcanzar un envejecimiento saludable, se deben plantear intervenciones que cambien las ideas negativas de las personas mayores para que así ellas puedan modificar sus estilos de vida.